2003-2004

Annual Report

Chief Coroner

Rapport annuel

Coroner en chef

New Nouveau
Brunswick
CANADA

2003 - 2004 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of Public Safety
Province of New Brunswick
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

December 2004

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Office of the Chief Coroner

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

ISBN 1-55396-570-1

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2003 - 2004

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère de la Sécurité publique
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Decembre 2004

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Le bureau du coroner en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie,
Approvisionnement et Services

ISBN 1-55396-570-1

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

The Honourable O. Wayne Steeves
Department of Public Safety
Fredericton
New Brunswick

Dear Minister:

Pursuant to Section 43 of the *Coroners Act*, I have the honour to submit the Thirty-second Annual Report of the Chief Coroner for the period April 1, 2003 to March 31, 2004.

Yours very truly,

DIANNE KELLY
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable O. Wayne Steeves
Ministère de la Sécurité publique
Fredericton
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le trente deuxième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er avril 2003 au 31 mars 2004, en application de l'article 43 de *la Loi sur les coroners*.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

DIANNE KELLY
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

105-01486/

Table of Contents

Page

Mission Statement 5

Historical Background 5

Origin of the Office of the Coroner 5

The New Brunswick Coroner System 6

Organizational Structure 6

Notification Requirement 7

Investigative Capacity of Coroner Services 8

Purpose of Coroner's Investigation 8

The Inquest Decision 9

Summary 9

Statistical Summary of Investigated Deaths 11

Schedule "A.1" - Total Deaths by Classification 13

Schedule "A.2" - Total Deaths by Month 14

Schedule "A.3" - Total Deaths by Judicial District 15

Schedule "B.1" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 16

Schedule "B.2" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 17

Schedule "B.3" - Accidental Deaths by Age Group, Gender and Environment 21

Table des matières

Page

Énoncé de mission 5

Survol historique 5

Origine de la fonction de coroner 5

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick 6

Structure administrative 6

Déclaration 7

Pouvoirs d'enquête du Service des coroners 8

But de l'investigation 8

La décision de mener une enquête 9

Résumé 9

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès 11

Tableau « A.1 » - Nombre total de décès par catégorie 13

Tableau « A.2 » - Nombre total de décès par mois 14

Tableau « A.3 » - Nombre total de décès par circonscription judiciaire 15

Tableau « B.1 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 16

Tableau « B.2 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 17

Tableau « B.3 » - Morts accidentelles par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 21

Schedule "C.1" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 27

Schedule "C.2" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 28

Schedule "C.3" - Suicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 30

Schedule "C.4" - National Suicide Annual Rates 32

Schedule "D.1" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 33

Schedule "D.2" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 34

Schedule "D.3" - Homicide Deaths by Age Group, Gender and Environment 35

Schedule "E.1" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Judicial District 37

Schedule "E.2" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Death Factor 38

Schedule "E.3" - Natural Deaths by Age Group, Gender and Environment 39

Summary of Inquests and Recommendations 44

Other Cases of Interest 69

Tableau « C.1 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 27

Tableau « C.2 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 28

Tableau « C.3 » - Morts par suicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 30

Tableau « C.4 » - Taux national annuel de suicides 32

Tableau « D.1 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 33

Tableau « D.2 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et facteur de mortalité 34

Tableau « D.3 » - Morts par homicide par groupe d'âge, sexe et lieu de l'incidence 35

Tableau « E.1 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et circonscription judiciaire 37

Tableau « E.2 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et par facteur de mortalité 38

Tableau « E.3 » - Morts naturelles par groupe d'âge, sexe et le lieu de l'incidence 39

Résumé des enquêtes et des recommandations 44

Autres cas d'intérêt 69

Our Mission

Coroner Services is an independent and publicly accountable investigation of death agency. Coroner Services is mandated by statute to review all suspicious or questionable deaths in New Brunswick, conduct inquests as may be required in the public interest and does not have a vested interest of any kind in the outcome of death investigations.

Notre mission

Le Service des coroners est un organisme indépendant de responsabilité publique chargé d'enquêter sur les décès. Mandaté en vertu des lois provinciales pour étudier tous les cas de morts suspectes au Nouveau-Brunswick, le Service des coroners mène des enquêtes dans l'intérêt du public. Le Service n'a aucun intérêt, quel qu'il soit, quant à l'issue de ces enquêtes.

Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems, which are presently existing in common law jurisdictions.

In the ensuing seven hundred years, no improvement has been made upon the basic questions and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

An inquest is not a forum to resolve civil disputes nor to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial.

Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les États ou est appliquée la common law.

Après sept siècles, les questions de bases demeurent inchangées : « Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte? »

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

The New Brunswick Coroner System

Organizational Structure

In New Brunswick, Coroner Services falls under the Department of the Public Safety for administrative purposes. Supervision of the service is the responsibility of the Chief Coroner who is assisted by two Deputy Chief Coroners, who serve part-time.

The office of the Chief Coroner retains the legislative authority on case decisions, program management and the central records of the coroner service. It is attached to the Operational Policy Branch.

The Investigating Coroners and Regional Coroners report to the Chief Coroner for program management and to the Director of Compliance for administrative matters.

During 2003-04, six full time staff served as Regional Coroners in Fredericton, Moncton, Saint John, Bathurst/Campbellton and Edmundston. They provide guidance to the Investigating Coroners and participate in the development and delivery of training.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

Le système des coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Aux fins administratives, le Service des coroners au Nouveau-Brunswick relève du ministère de la Sécurité publique. La surveillance des services comme tels relève du coroner en chef, secondé à temps partiel de deux coroners en chef adjoints.

Le Bureau du coroner en chef conserve la responsabilité devant l'Assemblée législative pour toute décision relative aux cas, la gestion des programmes et le service central des dossiers des Service de coroner. Il relève de la Direction de la politique opérationnelle.

Les coroners enquêteurs et les coroners régionaux relèvent, d'une part, du coroner en chef en ce qui a trait à la gestion des programmes et, d'autre part, du directeur du Contrôle de la conformité pour ce qui est des questions administratives.

Au cours de l'exercice 2003-2004, six coroners régionaux travaillaient à temps plein dans les régions de Fredericton, de Moncton, de Saint-Jean, de Bathurst-Campbellton et d'Edmundston. Ces personnes fournissent un soutien aux coroners enquêteurs et participent à l'élaboration et à la prestation de la formation.

During 2003-04, the Coroner Service continued to utilize the services of Deputy Sheriffs/Coroners, while the separation of sheriff and coroner functions continued.

During 2003/04, a cadre of experienced investigative staff from the Compliance Branch were selected and trained to serve as Investigating Coroners. This group provides services primarily on nights and weekends.

In addition, fee for service Coroners continue to provide additional investigative capacity and geographic coverage.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: (i) did not occur during or as a result of pregnancy; (ii) was not sudden and unexpected; and (iii) was not under circumstances which may require an investigation). Coroner Services is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of public safety in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

En 2003-2004, les Services de coroner comptaient sur les services de personnes qui cumulaient à la fois les fonctions d'adjoint du shérif et d'adjoint du coroner, bien que les services de coroner et de shérif étaient distincts.

Au cours de l'exercice 2003-2004, un groupe d'employés chevronnés des services d'enquête de la Direction du contrôle de la conformité ont été triés sur le volet et ont reçu la formation nécessaire pour agir à titre de coroners enquêteurs, principalement le soir et les fins de semaine.

De plus, la présence de coroners rémunérés à l'acte nous permet d'ajouter à notre capacité de mener des enquêtes et de mieux couvrir l'ensemble de la province.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où Il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié *sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue : ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une enquête). Par contre, le Service des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un rouage essentiel de la sécurité publique, car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Investigative Capacity of Coroner Services

For investigational purposes Coroner Services has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Halifax) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also available to Coroner Services are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst and Edmundston and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

The identification of a death as a "Type II" case, which needs the special consideration of a forensic pathologist, results in the utilization of the forensic service mentioned above and requires that the body be transported to Saint John for the autopsy.

Where circumstances warrant, specialized expertise may be provided from outside the Province on complex cases for evidentiary or identification purposes.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroner's investigation for many years was directed towards the investigation of the actual medical cause of death, now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety.

Pouvoirs d'investigation du Service des coroners

Aux fins d'investigation, le Service des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Halifax) et à un corps de police municipale qui ont chacun leur domaine de compétence. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Miramichi, Bathurst, et Edmundston, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de « type II », nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut utiliser le service susmentionné et faire transporter le cadavre à Saint John pour que soit pratiquée une autopsie.

Lorsqu'il est nécessaire pour les cas très complexes, nous faisons appel à des experts de l'extérieur de la province afin de compléter nos capacités relatives à la preuve et à l'identification.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a été pendant de nombreuses années de rechercher la cause médicale réelle du décès. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique.

The Inquest Decision

One of the most difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest.

A local coroner or the Chief Coroner may order an inquest into a death. In some circumstances, a coroner may hold an inquest when required to do so in writing by a Judge of The Court of Queen's Bench of New Brunswick, a member of the Executive Council or the Chief Coroner. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of sudden and unexpected deaths. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations arising out of inquests to the attention of appropriate persons, agencies and government departments.

Summary

Coroner Services investigates about 23 percent of the total of approximately 6,000 deaths per year in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. The coroner, in approximately 40 percent of the cases, orders autopsies and inquests are ordered in slightly less than one percent of all investigated deaths.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles qui doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête.

Un coroner local ou le coroner en chef peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès. Dans certaines circonstances, un coroner peut procéder à une enquête sur demande rite d'un juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau Brunswick, d'un membre du Conseil exécutif ou du coroner en chef. La tenue de l'enquête a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès soudains et inattendus. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans de circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations à partir d'une enquête aux personnes, organismes et ministères concernés.

Résumé

Environ 23 pour cent des quelque 6 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une investigation par le Service des coroners. Un très grand nombre d'investigations se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 40 p. 100 des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête du coroner sur les décès.

For the period covered by this Report, the Registrar of Vital Statistics recorded 6,433 deaths in the Province of which 1,585 or 25% were reported to a coroner. By comparison in the previous year there were 6,140 deaths in the Province of which 1,480 or 24% were reported to a coroner.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and to all other related agencies who have, through the year, co-operated and assisted in the investigations which have been processed through Coroner Services. Also, gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

The Chief Coroner invites comments or suggestions for modifying or improving any part of the report or regarding any aspect of the overall delivery of coroner services in the Province.

Comments should be directed to:

The Office of the Chief Coroner
P. O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Phone (506) 453-3604
Fax (506) 462-2038

Au cours de l'exercice couvert par ce rapport, la registraire générale des statistiques de l'état civil a rapporté 6 433 décès dans la province dont 1 585 ou 25 p. 100 ont été signalés aux coroners. En comparaison, pour l'exercice précédent, 6 140 décès sont survenus dans la province dont 1 480 ou 24 p. 100 nous avaient été signalés.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances difficiles.

Le coroner en chef invite le public à nous faire part de ses observations ou de ses suggestions qui pourraient contribuer à améliorer ce rapport ou les services offerts par le bureau du coroner de la province.

Prière de faire parvenir vos observations à l'adresse suivante :

Bureau du coroner en chef
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Téléphone : (506) 453-3604
Télécopieur : (506) 462-2038

Statistical Summary of Investigated Deaths

Since January 1, 1987 deaths reported to and investigated by Coroner Services have been classified in five distinct categories: natural, accident, suicide, homicide and undetermined.

The natural category covers all deaths by disease or **natural causes**.

The accident category covers all **accidental** deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all classes of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible effort to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case, which might fall in this category, is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés au Service des coroners et sur lesquels celui-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : mort naturelle, accident, suicide, homicide et décès d'origine inconnue.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évident de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de déterminer s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

The tables included in this report identify the **Environment**, that is the principal **location** of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

Les tableaux de ce rapport identifient le **Lieu**, c'est-à-dire 'endroit principal où le décès est survenu, et au **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe du décès.

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

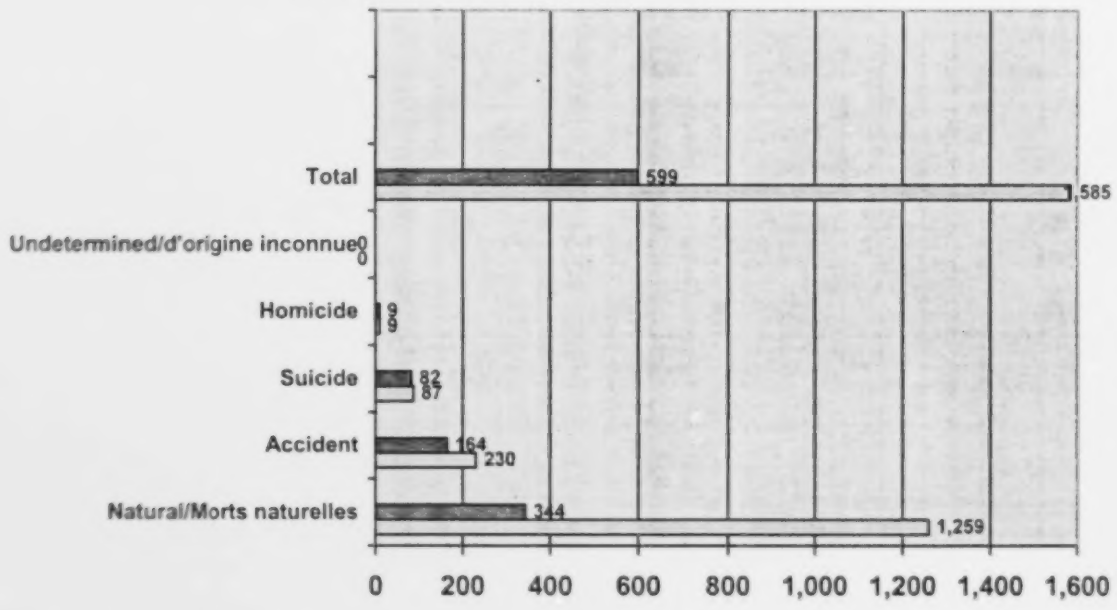
from/de 2003.04.01 to/au 2004.03.31

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	%of Deaths/ de décès	Rate per 100,000 Population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	Autopsy Performed/ Autopsies	% of classification/ de la catégorie de décès
Natural/Morts naturelles	1,259	79.4	167.7	344	27.3
Accident	230	14.5	30.6	164	71.3
Suicide	87	5.5	11.6	82	94.3
Homicide	9	0.6	1.2	9	100.0
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0.0	N/A	0	100.0
Total	1,585	100.0		599	

Based on a population of / sur une population de 750,896

PROVINCIAL SUMMARY - SCHEDULE A-1 / SOMMAIRE PROVINCIAL - TABLEAU A-1

from/de 2003.04.01 to/au 2004.03.31



NOTE : Based upon Statistics Canada preliminary postcensal population estimates for N. B. census divisions (released March 9, 2004). Sub-county estimates are based on the 2001 Census population share of the county.

NOTE : Données fondées sur les estimations postcensitaires provisoires de Statistique Canada pour les Divisions de recensement du Nouveau-Brunswick (publiées le 9 mars 2004). Les estimations relatives aux régions à l'intérieur des comtés sont fondées sur les données du recensement de 2001 sur la proportion de population dans chaque comté.

Provincial Summary - Deaths by Classification, by Month - Schedule A-2 /
Sommaire provincial - décès par catégorie, par mois - Tableau A-2
from/de 2003.04.01 to/au 2004.03.31

Classification/ Catégorie de décès	April/ avril	May/ mai	June/ juin	July/ juillet	Aug/ août	Sept/ sept	Oct/ oct	Nov/ nov	Dec/ déc	Jan/ jan	Feb/ fév	Mar/ mars	Total
Natural/Morts naturelles	93	95	106	87	91	103	114	85	138	141	102	104	1,259
Accident	15	17	24	25	22	26	22	22	18	13	12	14	230
Suicide	9	13	8	8	14	5	4	6	5	1	6	8	87
Homicide	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	9
Undetermined/ Décès d'origine inconnue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	117	125	139	122	128	135	141	114	162	156	120	126	1,585

DEATHS BY JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE A-3 / NOMBRE DE DÉCÈS PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU A-3

from/de 2003.04.01 to/au 2004.03.31

	Judicial Districts / Circonscriptions judiciaires								
	Bathurst	Campbellton	Edmundston	Fredericton	Miramichi	Moncton	Saint John	Woodstock	Province
Natural/Morts naturelles	107	62	80	205	45	226	486	48	1,259
Accident	23	15	18	43	13	55	53	10	230
Suicide	12	6	16	8	9	25	10	1	87
Homicide	0	0	1	2	3	2	1	0	9
Undetermined/Décès d'origine inconnue	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total / Totaux	142	83	115	258	70	308	550	59	1,585
% of Provincial Total / % de cas par rapport au total provincial	9.0	5.2	7.3	16.3	4.4	19.4	34.7	3.7	100
Population	83,186	36,119	45,162	130,217	51,405	191,467	172,921	40,419	750,896
Death Rate per 100,000 population / Taux de mortalité par 100 000 habitants									
Natural/Morts naturelles	128.6	171.7	177.1	157.4	87.5	118.0	281.1	118.8	167.7
Accident	27.6	41.5	39.9	33.0	25.3	28.7	30.6	24.7	30.6
Suicide	14.4	16.6	35.4	6.1	17.5	13.1	5.8	2.5	11.6
Homicide	0.0	0.0	2.2	1.5	5.8	1.0	0.6	0.0	1.2
Total deaths by trauma (accident, suicide, homicide) / Total de décès par trauma (accident, suicide, homicide)	35	21	35	53	25	82	64	11	326
Rate per 100,000 population / Taux d'incidence par 100 000 habitants	42.1	58.1	77.5	40.7	48.6	42.8	37.0	27.2	43.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE B-1 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU B-1

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0 1	4 0	3 1	2 1	2 1	2 0	3 3	16	7	23	10.0	12	7.3
Campbellton	1 1	2 1	2 0	1 0	1 1	2 1	2 0	11	4	15	6.5	9	5.5
Edmundston	2 0	2 2	4 1	2 0	0 1	1 0	1 2	12	6	18	7.8	16	9.8
Fredericton	3 2	7 3	1 1	6 3	4 1	0 2	6 4	27	16	43	18.7	29	17.7
Miramichi	0 0	3 0	1 1	0 1	2 0	1 1	1 2	8	5	13	5.7	9	5.5
Moncton	4 5	10 1	11 2	9 1	3 0	2 1	4 2	43	12	55	23.9	40	24.4
Saint John	1 0	4 0	7 3	8 3	5 1	5 4	7 5	37	16	53	23.0	42	25.6
Woodstock	1 1	3 0	1 0	1 0	1 0	0 0	2 0	9	1	10	4.4	7	4.3
Males / Hommes	12	35	30	29	18	13	26	163		230	100.0	164	100.0
% Total - Males/Hommes	5.2	15.2	13.0	12.6	7.8	5.7	11.3	70.9					
Females / Femmes	10	7	9	9	5	9	18		67				
% Total - Females/ Femmes	4.3	3.0	3.9	3.9	2.2	3.9	7.8		29.1				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	42	39	38	23	22	44						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	9.6	18.3	17.0	16.5	10.0	9.6	19.1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		Over 70 / Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F	M H	F / F						
Drowning Open Water / Noyade – en eau libre	1	0	3	1	4	0	4	1	1	0	2	0	0	0	15	2	17	7.4	13	7.9
Drowning – Private Pool / Noyade – piscine privée	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4	1	0.6
Drowning – Other = marsh, dam, etc. / Noyade – autre = marais, barrage, etc.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.4	1	0.0
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	4	5	20	4	13	4	13	2	6	2	1	5	6	3	63	25	88	38.3	65	39.6
Trauma of Recreational Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule récréatif	2	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	8	2	10	4.4	8	4.9
Crushed and/or Buried / Écrasé et/ou enterré	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	5	0	5	2.2	4	2.4
Caught in machinery / Pris dans une machine	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	2	0.9	2	1.2
Blunt Trauma, Accidental / Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	2	0	4	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	11	0	11	4.8	8	4.9

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma / Traumatisme dû à un objet contondant	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Fire – Structural / Incendie de bâtiments	2 1	0 0	0 1	0 0	0 0	2 1	0 1	4	4	8	3.5	7	4.3
Fire – self / Immolation par le feu	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	1	1	2	0.9	2	1.2
Exposure to Cold / Hypothermie	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Fall or jump – different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut – à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	0 0	2 0	0 0	0 0	1 0	5 3	8	3	11	4.8	5	3.1
Fall or jump – same level / Chute ou saut – à partir du sol	0 0	0 1	0 0	0 0	1 0	1 0	5 7	7	8	15	6.5	4	2.4
Object caught in throat / Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	0 2	2	3	5	2.2	0	0.0
Asphyxia / Asphyxie	0 0	0 0	2 0	0 0	1 1	0 0	1 0	4	1	5	2.2	4	2.4
Aspiration / Aspiration	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 1	2	1	3	1.3	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Suffocation / Suffocation	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6
Alcohol Poisoning/ Intoxication par l'alcool	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	1 1	0 1	3	2	5	2.2	4	2.4
Alcohol and Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	1 0	0 1	1 1	0 0	0 0	0 0	2	2	4	1.7	4	2.4
Drug / Drogue	0 0	3 1	1 2	5 4	3 1	2 1	1 0	15	9	24	10.4	22	13.4
Shooting – Shotgun / Fusillade - fusil de chasse	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	1	0.6
Shooting – Handgun / Fusillade – arme de poing	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Lightning / Foudre	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE B-2 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU B-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F F	20 - 30 M H F F	31 - 40 M H F F	41 - 50 M H F F	51 - 60 M H F F	61 - 70 M H F F	Over 70 / Plus de 70 M H F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Medical Device / Instrument médical	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	0 0	0 0	1	1	2	0.9	1	0.6
Decapitation or Transection / Décapitation ou dissection transversale	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Carbon Monoxide Poisoning / Intoxication au monoxyde de carbone	0 0	1 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3	0	3	1.3	3	1.8
Males / Hommes	12	35	30	29	18	13	26	163		230	100.0	164	100.0
Females / Femmes	10	7	9	9	5	9	18		67				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	42	39	38	23	22	44						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Crib, play pen, slide, swing / Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6
Farming (includes non paid actual farming not recreation) / Agriculture (comprend le travail agricole non rémunéré et à des fins non récréatives)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Farm Equipment – (driver) – off public road & private road / Équipement agricole (conducteur) – hors route publique et route privée	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	2	0	2	0.9	1	0.6
Factory, plant, warehouse (outside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'extérieur)	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Powerboating / Canot à moteur	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Deiscription du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Other non-powerboating (canoes, rafts) / Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	0 0	0 1	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	0.9	0	0.0
Boating,- personal watercraft, jet ski, etc. / Bateau – embarcation personnelle, jet ski, etc.	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Swimming / Natation	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
LoggingTree Cutting – Commercial / Travail en forêt, coupe des arbres – but commercial	0 0	1 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3	0	3	1.3	1	0.6
Commercial Fishing / Pêche commerciale	0 0	0 0	2 0	0 1	0 0	1 0	0 0	3	1	4	1.7	4	2.4
All Terrain Vehicle (driver) / Véhicule tout-terrain (conducteur)	1 0	2 0	0 0	1 0	1 0	0 0	1 0	6	0	6	2.6	4	2.4
All Terrain Vehicle (passenger) / Véhicule tout-terrain (passager)	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	0.9	2	1.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Snowmobiling (anywhere off public road) - driver / Motoneige (n'importe ou hors d'une route publique) conducteur	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	1 0	0 0	1	1	2	0.9	2	1.2
Other recreation (including race tracks) / Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	2 2	4 1	8 3	6 5	6 2	7 3	9 7	42	23	65	28.3	51	31.1
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	3 2	3	3	6	2.6	0	0.0
Unlicensed Residential Homes (retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.4	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	0 0	0 1	0 0	0 0	1 0	0 0	0 2	1	3	4	1.7	1	0.6
Urban Outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	1 2	1 0	2 0	0 1	2 0	1 0	0 0	7	3	10	4.4	6	3.7
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin des bâtiments ou des résidences)	2 0	0 0	0 0	2 0	2 0	0 0	0 0	6	0	6	2.6	5	3.1
Custody police cell, lock up / Garde à vue – en cellule	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.2
Hospital Emergency – DOA / Salle d'urgence – victime morte à l'arrivée	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.2

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hospital Emergency – NON DOA / Salle d'urgence – victime vivante à l'arrivée	0 0	1 0	2 0	1 0	0 0	0 0	1 0	5	0	5	2.2	3	1.8
Hospital Operating Room / Salle d'opération	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	1	0.6
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	0 0	0 0	0 0	0 1	0 1	1 0	5 4	6	6	12	5.2	1	0.6
Public Road - driver / Route publique - conducteur	1 2	10 3	9 3	7 1	4 2	1 1	4 2	36	14	50	21.7	44	26.8
Public Road - passenger / Route publique - passager	2 2	8 1	1 0	1 0	0 0	0 1	0 0	12	4	16	7.0	11	6.7
Public Road - motorcycle driver / Route publique - motocycliste	0 0	2 0	2 1	2 0	0 0	0 0	0 0	6	1	7	3.0	6	3.7
Public Road – motorcycle passenger / Route publique – passager sur une motocliette	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0	1	1	0.4	1	0.6

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
ACCIDENTAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE B-3 / MORTS ACCIDENTELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU B-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road - pedestrian / Route publique - piéton	0 0	1 0	0 1	4 0	1 0	0 2	1 0	7	3	10	4.4	7	4.3
Public Road - bicycle (not motorized vehicle) / Route publique - vélo (non motorisé)	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.4	0	0.0
Died out of Province / Décès survenu à l'extérieur de la province	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	2	0	2	0.9	2	1.2
Males / Hommes	12	35	30	29	18	13	26	163		230	100.0	164	100.0
Females / Femmes	10	7	9	9	5	9	18		67				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	22	42	39	38	23	22	44						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE C-1 / SUICIDE PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU C-1

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	1 0	0 0	3 0	1 2	4 0	0 0	0 1	9	3	12	13.8	11	13.4
Campbellton	0 1	0 0	1 0	0 0	1 1	0 0	2 0	4	2	6	6.9	5	6.1
Edmundston	1 0	2 0	5 2	4 0	0 0	1 1	0 0	13	3	16	18.4	16	19.5
Fredericton	0 1	1 0	0 0	2 1	1 0	2 0	0 0	6	2	8	9.2	7	8.5
Miramichi	0 1	2 1	2 1	0 0	1 0	1 0	0 0	6	3	9	10.3	9	11.0
Moncton	0 0	5 0	3 0	5 4	2 2	3 0	1 0	19	6	25	28.7	23	28.1
Saint John	0 0	2 0	0 0	2 1	3 0	1 0	1 0	9	1	10	11.5	10	12.2
Woodstock	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	1.2	1	1.2
Males / Hommes	2	12	14	14	13	8	4	67			100.0	82	100.0
% Total - Males/Hommes	2.3	13.8	16.1	16.1	14.9	9.2	4.6	77.0		87			
Females / Femmes	3	1	3	8	3	1	1		20				
% Total - Females/ Femmes	3.4	1.1	3.4	9.2	3.4	1.1	1.1		23.0				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	13	17	22	16	9	5						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	5.8	14.9	19.5	25.3	18.4	10.3	5.8						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Hanging / Pendaison	1 1	6 1	10 1	4 3	4 0	3 1	0 0	28	7	35	40.2	35	42.7
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	2	0	2	2.3	2	2.4
Trauma of Vehicle Collision / Traumatisme dû à une collision de véhicule	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	1.2	1	1.2
Vehicle Exhaust / Gaz d'échappement d'un véhicule	0 0	1 0	1 0	2 0	1 0	1 0	0 0	6	0	6	6.9	6	7.3
Shooting - Rifle / Fusillade, carabine	0 1	4 0	0 1	1 1	4 0	1 0	1 0	11	3	14	16.1	12	14.6
Shooting - Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	0 0	1 1	2 1	2 1	2 0	0 0	7	3	10	11.5	8	9.8
Shooting - Handgun / Fusillade, arme de poing	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	2 0	4	0	4	4.6	3	3.7
Fall or jump - different level height; eg. bridge, building / Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.	0 0	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	2.3	2	2.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE C-2 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU C-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Drug / Drogue	0 1	0 0	1 0	4 2	1 2	0 0	0 1	6	6	12	13.8	12	14.6
Alcohol & Drug / Combinaison drogue et alcool	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.2	1	1.2
Males / Hommes	2	12	14	14	13	8	4	67		87	100.0	82	100.0
Females / Femmes	3	1	3	8	3	1	1		20				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	13	17	22	16	9	5						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Police Cell - Lock Up / Garde à vue - en cellule	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.2	1	1.2
Foster Home / Foyer d'accueil	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	1.2	1	1.2
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence or sur un bien-fonds	0 2	7 0	9 2	13 8	9 3	6 1	4 1	48	17	65	74.7	60	73.2
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	3	0	3	3.5	3	3.7
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	2.3	2	2.4

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
SUICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE C-3 / SUICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU C-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	1 0	3 0	4 1	1 0	2 0	0 0	0 0	11	1	12	13.8	12	14.6
Public Road – driver / Route publique - conducteur	1 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	0	2	2.3	2	2.4
Inside vehicle / Dans un véhicule	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	1.2	1	1.2
Males / Hommes	2	12	14	14	13	8	4	67		87			
Females / Femmes	3	1	3	8	3	1	1		20				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	5	13	17	22	16	9	5						

NATIONAL SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION OF CANADA / TAUX NATIONAL CANADIEN DE SUICIDE PAR 100 000 HABITANTS

Schedule C-4 / Tableau C-4

1990 - 1991

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
National Rate / Taux national	12.7	13.3	13.5	13.1	12.8	13.4	13.2	12.3	12.2	13.4
Nfld. / T.-N.	10.1	7.1	8.7	9.8	8.4	7.3	6.6	8.3	6.2	6.3
PEI / I.-P.É.	10.7	16.9	12.3	9.0	11.9	14.0	8.8	10.2	7.3	11.6
NS / N.-É.	12.9	12.6	10.7	11.5	10.4	13.0	12.3	9.8	11.8	12.5
NB / N.-B.	11.6	12.8	11.7	14.5	13.7	15.9	12.5	11.8	14.3	12.3
Que / QC	16.3	16.3	18.1	18.2	17.3	19.5	19.9	18.7	18.9	21.8
Ont / Ont.	9.1	10.1	9.7	10.0	9.9	9.8	9.7	8.2	8.4	8.7
Man / Man.	12.8	12.4	12.0	12.6	10.4	10.4	10.3	12.7	11.3	11.0
Sask / Sask.	15.2	12.5	14.1	12.1	14.1	12.6	13.6	13.7	11.5	11.7
Alta / Alb.	16.3	18.3	18.4	15.4	15.7	16.4	16.3	14.2	13.9	15.1
BC / C.-B.	12.7	14.4	13.8	11.4	11.5	11.3	10.0	10.7	10.3	11.8
Yukon / Yuk.	19.2	11.2	10.4	22.9	23.6	29.7	19.1	15.5	15.8	25.8
NWT – T.N.-O.	33.3	40.3	28.5	42.6	32.5	24.3	34.3	41.3	51.9	41.5
Nunavut	---	---	---	---	---	---	---	---	---	59.6

New Brunswick suicide rates for 2000 - 14.8 based on a population of 756,598 for the period of April 1, 2000 - March 31, 2001. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2000 - 14.8 basé sur une population de 756, 598 pour la période du 1er avril 2000 au 31 mars 2001.

New Brunswick suicide rates for 2001 - 12.42 based on a population of 757,077 for the period of April 1, 2001 - March 31, 2002. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2001 - 12.42 basé sur une population de 757,077 pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002.

New Brunswick suicide rates for 2002 - 12.81 based on a population of 757,077 for the period of April 1, 2002 - March 31, 2003. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2002 - 12.81 basé sur une population de 757,077 pour la période du 1er avril 2002 au 31 mars 2003.

New Brunswick suicide rates for 2003 – 11.59 based on a population of 750,896 for the period of April 1, 2003 - March 31, 2004. / Le taux de suicide au N.-B. pour l'année 2003 – 11.59 basé sur une population de 750,896 pour la période du 1er avril 2003 au 31 mars 2004.

Comparative figures for 2000 - 2003 calendar years were not available from Statistics Canada at the time of publication. / Les données comparatives de Statistique Canada pour les années civile 2000 - 2003 n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE D-1 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU D-1

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H	0 - 19 F / F	20 - 30 M H	20 - 30 F / F	31 - 40 M H	31 - 40 F / F	41 - 50 M H	41 - 50 F / F	51 - 60 M H	51 - 60 F / F	61 - 70 M H	61 - 70 F / F	Over 70 / Plus de 70 M H	Over 70 / Plus de 70 F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11.1	1	11.1
Fredericton	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	22.2	2	22.2
Miramichi	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3	33.3	3	33.3
Moncton	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	22.2	2	22.2
Saint John	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	11.1	1	11.1
Males / Hommes	0		2		2		0		0		0		1		5			100.0	9	100.0
% Total - Males/Hommes	0.0		22.2		22.2		0.0		0.0		0.0		11.1		55.6		9			
Females / Femmes	1		1		0		1		1		0		0			4				
% Total - Females/ Femmes	11.1		11.1		0.0		11.1		11.1		0.0		0.0			44.4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1		3		2		1		1		0		1							
% of Classification Total / % pour total de la	11.1		33.3		22.2		11.1		11.1		0.0		11.1							

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE D-2 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU D-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F F	20 - 30 M H / F F	31 - 40 M H / F F	41 - 50 M H / F F	51 - 60 M H / F F	61 - 70 M H / F F	Over 70 / Plus de 70 M H / F F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Blunt Trauma, Beating / Traumatisme dû à un objet contondant – acte de violence	0 0	0 1	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Shooting – Shotgun / Fusillade, fusil de chasse	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Shooting – Rifle / Fusillade, carabine	0 0	0 0	1 0	0 1	0 1	0 0	0 0	1	2	3	33.3	3	33.3
Asphyxia / Asphyxie	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	11.1	1	11.1
Cuts, Stabs / Coupures, coups de poignard	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	2	0	2	22.2	2	22.2
Males / Hommes	0	2	2	0	0	0	1	5		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	1	1	0	1	1	0	0		4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	3	2	1	1	0	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3
from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Living Inside, Residence or on Property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	0 1	0 1	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	1	3	4	44.4	4	44.4
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1
Urban Outdoors - public place and other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	11.1	1	11.1

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
HOMICIDE DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE D-3 / HOMICIDES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU D-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Rural Outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	0 0	0 0	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	22.2	2	22.2
Males / Hommes	0	2	2	0	0	0	1	5		9	100.0	9	100.0
Females / Femmes	1	1	0	1	1	0	0		4				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	1	3	2	1	1	0	1						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND JUDICIAL DISTRICT - SCHEDULE E-1 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR CIRCONSCRIPTIONS JUDICIAIRES - TABLEAU E-1

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Judicial Districts / Circonscriptions Judiciaires	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Bathurst	3 0	0 1	0 0	1 4	17 4	15 4	44 14	80	27	107	8.5	27	7.9
Campbellton	0 0	0 0	1 0	2 3	10 2	11 3	18 12	42	20	62	4.9	13	3.8
Edmundston	1 1	0 0	0 0	4 1	8 5	7 9	27 17	47	33	80	6.4	27	7.9
Fredericton	4 3	2 1	4 0	3 1	15 5	30 14	65 58	123	82	205	16.3	64	18.6
Miramichi	0 0	0 0	1 0	4 0	4 1	7 2	14 12	30	15	45	3.6	17	4.9
Moncton	1 0	1 0	3 0	12 5	23 9	24 11	71 66	135	91	226	18.0	56	16.3
Saint John	4 3	3 2	4 2	14 4	36 31	50 29	160 144	271	215	486	38.6	120	34.9
Woodstock	0 0	0 0	0 0	0 3	4 3	4 1	15 18	23	25	48	3.8	20	5.8
Males / Hommes	13	6	13	40	117	148	414	751			100.0	344	100.0
% Total - Males/Hommes	1.0	0.5	1.0	3.2	9.3	11.8	32.9	59.7		1,259			
Females / Femmes	7	4	2	21	60	73	341		508				
% Total - Females/ Femmes	0.6	0.3	0.2	1.7	4.8	5.8	27.1		40.3				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	10	15	61	177	221	755						
% of Classification Total / % pour total de la Catégorie	1.6	0.8	1.2	4.9	14.1	17.6	60.0						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND DEATH FACTOR - SCHEDULE E-2 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET FACTEUR DE MORTALITÉ - TABLEAU E-2

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Death Factor Description / Description du facteur de mortalité	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Natural Disease / Décès naturel à la suite de maladie	5 5	6 4	13 2	40 20	116 60	146 73	414 340	740	504	1,244	98.8	333	96.8
Chronic Use of Alcohol / Abus chronique de l'alcool	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Therapeutic Misadventure / Réaction allergique à un médicament	1 0	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 1	3	1	4	0.3	3	0.9
Live Brith (1 day) / Bébé ayant vécu moins d'une journée	4 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	4	0	4	0.3	1	0.3
Sudden Infant Death Snydrome / Mort subite du nourrisson	2 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2	1	3	0.2	3	0.9
Sudden Unexpected Death / Mort subite inexpliquée	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Undetermined / Facteur de décès non déterminé	1 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	1	1	2	0.2	2	0.6
Males / Hommes	13	6	13	40	117	148	414	751		1,259	100.0	344	100.0
Females / Femmes	7	4	2	21	60	73	341		508				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	10	15	61	177	221	755						

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M F / H F	20 - 30 M F / H F	31 - 40 M F / H F	41 - 50 M F / H F	51 - 60 M F / H F	61 - 70 M F / H F	Over 70 / Plus de 70 M F / H F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Factory, Plant, Warehouse (inside) / Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Construction / Chantier de construction	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Other Work Place / Autre lieu de travail	0 0	0 0	0 0	1 0	1 0	0 0	0 0	2	0	2	0.2	1	0.3
Nursing Home / Foyers de soins	0 0	0 0	0 0	1 0	1 1	0 0	18 38	20	39	59	4.7	2	0.6
Homes for Special Care / Foyer de soins spéciaux	1 0	0 0	0 0	0 0	2 3	2 0	21 26	26	29	55	4.4	11	3.2
Rooming/Boarding House/Halfway Home/ Group Home / Chambre louée/maison de pension/maison de transition/foyer de groupe	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 – 19 M H / F	20 – 30 M H / F	31 – 40 M H / F	41 – 50 M H / F	51 – 60 M H / F	61 – 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Unlicensed Residential Homes (Retirement, rest, etc.) / Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 3	0	3	3	0.2	0	0.0
Living inside, residence or on property / À l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds	6 4	3 2	7 0	24 16	81 34	109 42	262 199	492	297	789	62.7	238	69.2
Apartment /- condominum / Appartement / condominium	0 0	0 0	0 1	2 0	1 1	2 4	7 3	12	9	21	1.7	7	2.0
Hotel / Hôtel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	0 0	0	1	1	0.1	1	0.3
Inside, other than residence (mall, tavern, restaurant) / À l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	0 0	1 0	0 0	3 0	4 0	1 3	3 2	12	5	17	1.4	6	1.7
Health Care Facility / Centre de santé	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0	1	1	0.1	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 /
MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Psychiatric Hospital / Hôpital psychiatrique	0 0	0 0	0 0	0 1	1 0	0 0	1 0	2	1	3	0.2	1	0.3
Hospital Emergency - DOA / Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	0 1	1 3	2	5	7	0.6	3	0.9
Hospital Emergency NON DOA / Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	0 0	0 0	1 0	0 0	1 4	7 0	7 16	16	20	36	2.9	7	2.0
Hospital Operating Room / Salle d'opération	2 0	1 0	0 0	0 0	2 1	1 2	5 0	6	1	7	0.6	0	0.0
Hospital Post Op (recovery room) / Salle de réveil	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 1	2	1	3	0.2	0	0.0
Hospital Other (ward, ICU, etc.) / Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	4 3	1 2	4 0	3 3	7 12	13 20	69 45	106	87	193	15.3	38	11.1
Hospital – Chronic Care / Hôpital – unité pour maladies chroniques	0 0	0 0	0 0	0 1	1 1	0 1	0 1	1	4	5	0.4	1	0.3
Hospital - For Pronouncement / Hôpital (pour la constatation du décès	0 0	0 0	0 0	0 0	0 1	0 0	1 0	1	1	2	0.2	0	0.0

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H / F	20 - 30 M H / F	31 - 40 M H / F	41 - 50 M H / F	51 - 60 M H / F	61 - 70 M H / F	Over 70 / Plus de 70 M H / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Other Recreation (including race tracks) / Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0	0 0	2	0	2	0.2	0	0.0
Police Provincial Jail/Detention Centre / Prison provinciale/centre de détention	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	0	0.0
Custody Federal Institution / Garde dans un établissement fédéral	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	0 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Urban outdoors - public place & other (not residence) / À l'extérieur, en milieu urbain - lieu public ou autre (pas un domicile)	0 0	0 0	0 0	1 0	2 0	3 0	6 1	12	1	13	1.0	7	2.0
Rural outdoors (not built up place or near residence) / À l'extérieur, en milieu rural (loin de bâtiment ou des résidences)	0 0	0 0	0 0	2 0	2 0	4 0	6 0	14	0	14	1.1	8	2.3

PROVINCIAL SUMMARY / SOMMAIRE PROVINCIAL
NATURAL DEATHS BY AGE GROUP, GENDER AND ENVIRONMENT - SCHEDULE E-3 / MORTS NATURELLES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET PAR LIEU DE L'INCIDENCE - TABLEAU E-3

from/de 2003.04.01 / to/au 2004.03.31

Environment Description / Description du lieu de l'incidence	0 - 19 M H F / F	20 - 30 M H F / F	31 - 40 M H F / F	41 - 50 M H F / F	51 - 60 M H F / F	61 - 70 M H F / F	Over 70 / Plus de 70 M H F / F	Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total	% of Classification % par Catégorie	Autopsies	% of Classification % par Catégorie
Public Road – driver / Route publique – conducteur	0 0	0 0	1 0	1 0	5 0	2 0	4 1	13	1	14	1.1	8	2.3
Public Road – passenger / Route publique - passager	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	0 0	2 1	3	2	5	0.4	2	0.6
Public Road – pedestrian / Route publique - piéton	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0	0 0	1	0	1	0.1	1	0.3
Males / Hommes	13	6	13	40	117	148	414	751		1,259	100.0	344	100.0
Females / Femmes	7	4	2	21	60	73	341		508				
Total for Age Group / Total par groupe d'âge	20	10	15	61	177	221	755						

Summary of Inquest and Recommendations

Three inquests were held during the reporting period. This report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of early December, in response to the recommendations on inquests conducted in 2003/04.

Inquest No. 1 - René Arseneault

An inquest was held from June 24-27, 2003 into the death of a 25 year old male from the Saint John area while kayaking in the Fundy Multi Sport race. He succumbed to the effects of hypothermia after his kayak capsized in rough water conditions that developed during a storm that day. Participants in the one day multi sport race were required to run, bike and finally, kayak along the shores of the Bay of Fundy near Dipper Harbour, New Brunswick.

The recommendations provide concrete suggestions for event organizers.

Recommendations of the Jury

1. An acceptable level of experience should be demonstrated before participating in ocean kayak racing with a strong recommendation for at least one course in ocean kayaking for novices.

2. The organizers should notify local authorities as to the date, time, type of event and location of same.

3. An adequate communication system should be a must in these types of events.

Résumé des enquêtes et des recommandations

Trois enquêtes ont été tenues au cours de la période couverte par ce rapport. On y trouve les réponses reçues par le Bureau du coroner au début décembre 2004 relativement aux recommandations effectuées lors des enquêtes menées au cours des années 2003 et 2004.

Première enquête – René Arseneault

On a tenu une enquête du 24 au 27 juin 2003 relativement à un homme de la région de Saint-Jean qui était âgé de 25 ans lorsqu'il a perdu la vie au cours d'une course de kayak tenue dans le cadre du Fundy Multi Sport race. Il a succombé aux effets de l'hypothermie encourue lorsque son kayak a chaviré en raison de la forte houle qui s'était développée à la suite de la tempête qui a eu lieu ce jour-là. Les participants à la compétition devaient effectuer une course à pied, une course à vélo et finalement une course en kayak le long des berges de la baie de Fundy, près de Dipper Harbour, au Nouveau-Brunswick.

Ces recommandations fournissent des suggestions concrètes aux organisateurs de telles activités.

Recommandations du jury

1. Les participants aux courses de kayak en mer doivent faire preuve d'une certaine maîtrise du sport. Il est fortement recommandé qu'ils aient suivi au moins un cours d'initiation au kayak en mer.

2. Les organisateurs doivent avertir les autorités locales de la date, de l'heure, du type d'événement et de l'endroit où se tiendra l'événement.

3. Un système de communication adéquat est une nécessité absolue pour ce type d'événement.

Inquest No. 1 – René Arseneault continued

4. Information on marine weather forecasts should be given to participants on the day of the race.

5. Each participant should be assigned and wearing a number corresponding with the official race list.

6. There should be handheld marine flares in addition to a whistle on each kayak.

7. Strong consideration should be given to wearing wet suits while participating in the ocean kayaking leg of a race.

8. Waterproof skirts should be strongly considered.

9. There should be more awareness of the shared responsibility between the Organizers and the Participants.

Recommendations of the Presiding Coroner

1. Participant check lists should be available for quick access to emergency personnel.

Although no government agency appears to regulate these types of events, Transport Canada (Coast Guard), Department of Education (Sport and Recreation NB) and Tourism NB were provided with the recommendations. This was done to facilitate safety considerations in the event that organizers involved in sea kayaking and outdoor adventure racing contact these agencies.

Première enquête – René Arseneault (suite)

4. Les conditions de météo marine doivent être communiquées aux participants le jour de la course.

5. Chaque participant doit recevoir et porter un dossard avec le numéro qui lui a été assigné sur la liste officielle des participants à la course.

6. Des feux balises pouvant être tenus à la main doivent être fournis en plus des sifflets pour chaque kayak.

7. Les participants doivent être encouragés à porter une combinaison isothermique pour les courses de kayak en mer.

8. L'importance d'utiliser des jupettes étanches pour les kayaks doit être soulignées.

9. On doit accroître le sentiment de responsabilité partagée entre les organisateurs et les participants à l'événement.

Recommandations du coroner enquêteur

1. Des listes de vérification des participants doivent être disponibles afin de permettre un accès rapide au personnel d'intervention en cas d'urgence.

Puisque aucun organisme gouvernemental n'est officiellement chargé de la surveillance de tels événements, on a transmis la série de recommandations à Transports Canada (Garde côtière), au ministère de l'Éducation (Sports et Loisirs N.-B.) ainsi qu'au ministère du Tourisme du Nouveau-Brunswick afin qu'ils puissent assurer une meilleure coordination des mesures de sécurité dans l'éventualité où les organisateurs d'événements de kayak de mer et de courses d'aventure en plein air en fassent la demande.

Inquest No. 1 – René Arseneault continued

The recommendations were also forwarded to the Canadian Adventure Racing Association and other associations identified with an interest.

Following are the responses to the recommendations:

The Minister of Tourism and Parks confirmed that the Department does not regulate nor promote kayak races, license sea kayaking nor the overall outdoor adventure sector. Specific guide training and skills courses are available through associations. Tourism and Parks encourages operators to hire guides who have graduated from post-secondary training or are educated in the adventure field and require proof of these requirements when operators apply for advertising or listing in the Department's tourism publications.

Culture and Sport Secretariat notes that the adventure racing event held at Fundy National Park in June 2002 was not organized by a provincial sport organization. In New Brunswick, the Lifesaving Society and the Canadian Red Cross are regarded as leaders in the field of water safety and offer education to individuals on water safety issues involving small craft. Therefore, the Secretariat has undertaken to inform both of these organizations of the recommendations made by the jury as part of the Coroner's Inquest.

Première enquête – René Arseneault (suite)

Les recommandations du jury ont aussi été transmises à la Canadian Adventure Racing Association et à d'autres associations œuvrant dans ce secteur d'activité.

On trouve ci-dessous les réponses aux recommandations :

Le ministre du Tourisme et des Parcs a confirmé que le ministère ne réglementait ni ne faisait la promotion de courses de kayak. Il ne s'occupe pas non plus de l'émission de permis pour le kayak de mer ou pour l'ensemble du secteur des aventures en plein air. Les personnes intéressées peuvent suivre auprès de diverses associations des cours et de la formation pour devenir guide. Le ministère du Tourisme et des Parcs encourage les exploitants à engager des guides ayant reçu une formation post-secondaire en la matière ou possédant des compétences reconnues dans le domaine. Le Ministère exige des preuves de ces compétences lorsque les exploitants font une demande de publicité ou d'inscription dans les publications du ministère du Tourisme.

Le Secrétariat à la culture et au sport indique que la course d'aventure qui a eu lieu dans le Parc national Fundy en juin 2002 n'avait pas été organisée par un organisme provincial. Au Nouveau-Brunswick, la Société de sauvetage et la Croix Rouge canadienne sont considérées comme des chefs de file en matière de sécurité nautique et offrent de la formation aux personnes qui désirent en savoir plus sur la sécurité des petites embarcations. C'est pourquoi le Secrétariat a décidé de transmettre à ces deux organismes les recommandations du jury effectuées dans le cadre de cette enquête du coroner.

Inquest No. 1 – René Arseneault continued

At the time of publication, we are awaiting responses from the Office of Boating Safety, now under the direction of Transport Canada. Correspondence has been redirected and responses will be published in the Annual Report for 2004/05.

Inquest No. 2 – Ian McConnell

A coroner's inquest was held in Moncton from July 9-11, 2003 into the death of Ian McConnell. The deceased was playing hockey at the Byron Dobson arena on April 4, 2002. At the time he collapsed, no regular phone line (land line) was available for use anywhere in the arena. In large part, this inquest dealt with the structure of the 9-1-1 system and the nature of emergency response provided in this case. The jury concluded that the public can be confident in the Enhanced 9-1-1 System that serves the communities of New Brunswick and made the following recommendations:

1. It is strongly recommended that the Medical Transport Coordination Center (MTCC) continue to strive to be a center of excellence through the upgrading of software and the accreditation process equally for both French and English languages.

Première enquête – René Arseneault (suite)

Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse du Bureau de la sécurité nautique qui est maintenant sous la direction de Transports Canada. Toute la correspondance a été redirigée et les réponses que nous obtiendrons seront publiées dans le rapport annuel 2004-2005.

Deuxième enquête – Ian McConnell

Du 9 au 11 juillet 2003, le coroner a tenu une enquête à Moncton relativement au décès de Ian McConnell. L'homme jouait au hockey à la patinoire Byron-Dobson le 4 avril 2002. Au moment où il s'est écroulé, inconscient, aucune ligne téléphonique standard (terrestre) n'était disponible dans la patinoire. L'ensemble de cette enquête traitait de la structure du système 9-1-1 et de la réponse des services de secours fournie dans ce cas. Le jury a conclu que le public pouvait faire confiance au service 9-1-1 amélioré offert dans l'ensemble des communautés du Nouveau-Brunswick et il a effectué les recommandations suivantes :

1. Nous recommandons fortement que le Centre de coordination du transport médical (CCTM) continue de rechercher l'excellence en mettant à jour ses logiciels et son processus d'accréditation, tant en français qu'en anglais.

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

2. It is recommended that efforts be made to ensure compatibility of software systems between MTCC and Public Safety Answering Points (PSAP) in order to prevent loss of valuable time and information during call transfers.

3. It is recommended that Aliant and its partners continue to work as expediently as possible in their efforts to improve cellular communication services.

4. It is recommended that the Department of Health and Wellness consider, as a component of their public awareness efforts, the importance for young adults to recognize the signs and symptoms of a heart attack and seek medical attention immediately as stated during this inquest by Dr. Sarah Colwell.

5. It is recommended that the Department of Health and Wellness consider, as a component of their public awareness efforts, the dangers of using Ephedra/ Ephedrine as a means other than as a nasal decongestant.

6. It is recommended that the Department of Public Safety consider, as a component of their public awareness, the limitations of using a cell phone during emergency situations. (ie. signage in buildings where signals are not reliable).

7. It is recommended that a first aid kit and a landline phone be available and identified in all public sport facilities.

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

2. On recommande de veiller à assurer la compatibilité des logiciels entre le CCTM et les centres de prise d'appels pour la sécurité du public (CPASP) afin de prévenir la perte de temps et de renseignements précieux au cours de l'acheminement des appels.

3. Nous recommandons qu'Aliant et ses partenaires continuent de travailler à l'amélioration de leurs services de communication cellulaire.

4. Nous recommandons que le ministère de la Santé et du Mieux être ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet à l'intention des jeunes adultes concernant les signes et les symptômes d'une crise cardiaque et l'importance de consulter un médecin sans tarder, comme l'a suggéré la D^{r} Sarah Colwell au cours de l'enquête.

5. Nous recommandons que le ministère de la Santé et du Mieux-être ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet sur les dangers de l'éphèdre/éphédrine pour tout autre usage que celui de décongestionnant nasal.

6. Nous recommandons que le ministère de la Sécurité publique ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet sur les limitations du téléphone cellulaire en cas d'urgence (blocage des signaux dans certains édifices).

7. Nous recommandons qu'une trousse de premiers soins et un téléphone conventionnel soient disponibles et dûment identifiés dans tous les établissements sportifs publics.

Inquest No.2 – Ian McConnell continued

8. It is recommended that the MTCC consider a review of their protocols to include confirmation of the location of the caller to the patient.

9. The Jury acknowledge that a number of witnesses provided information regarding:

    i) A single point of dispatch versus our current system
    ii) The Use of Pre-Alert versus our present system
    iii) Protocols associated with the identification of "hot" and "cold" dispatch

The recommendations were forwarded for review by the Department of Public Safety, Department of Environment and Local Government, Department of Health and Wellness, Department Education (Sport and Recreation) and Aliant Mobility.

Response to Recommendation # 1

It is strongly recommended that MTCC continue to strive to be a center of excellence through the upgrading of software and the accreditation process equally for both French and English languages.

The Minister of Health & Wellness has begun to upgrade the software and hardware used to process 9-1-1 calls. Completion of the upgrades is a necessary pre-requisite for the dispatch centre to be accredited as a centre of excellence. However, the MTCC already exceeds applied standards and benchmarks for triaging protocols within 90 seconds of receiving the call, in 95.6% of the cases.

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

8. Nous recommandons que le CCTM envisage la révision de ses protocoles d'intervention de manière à inclure la confirmation de la localisation de l'appelant par rapport au patient.

9. Nous, les membres du jury, confirmons qu'un certain nombre de témoins ont fourni de l'information concernant :

    i) Un point de répartition unique par rapport au système actuel
    ii) L'utilisation de Pre-Alert par rapport au système actuel
    iii) Les protocoles relatifs à la différenciation de la répartition « à chaud » et « à froid »

On a transmis les recommandations aux entités suivantes : ministère de la Sécurité publique, ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux, ministère de la Santé et du Mieux-être, ministère de l'Éducation (Sports et Loisirs) et Aliant Mobility.

Réponse à la recommandation n° 1

Nous recommandons fortement que le CCTM continue de rechercher l'excellence en mettant à jour ses logiciels et son processus d'accréditation, tant en français qu'en anglais.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a commencé à mettre à jour le matériel et les logiciels utilisés pour la gestion des appels 9-1-1. Cette mise à jour est un préalable à l'accréditation du centre d'appels à titre de centre d'excellence. Cependant, le CCTM dépasse déjà les normes en matière de triage des appels puisqu'il permet de traiter les appels en moins de 90 secondes, dans 95,6 % des cas.

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

Response to Recommendation # 2

It is recommended that efforts be made to ensure compatibility of software systems between MTCC and PSAP, in order to prevent loss of valuable time and information during call transfers.

The Minister of Health & Wellness notes that the dispatch software used by MTCC is recognized worldwide as one of the best for the specialized needs of 9-1-1 dispatch centres. The Department has no jurisdiction over any software or hardware used by the seven PSAPs. However, the issue of inter-agency software compatibility is being studied by a provincial 9-1-1 review committee.

Response to Recommendation # 3

It is recommended that Aliant and its partners continue to work as expediently as possible in their efforts to improve cellular communication services.

Aliant Mobility advocates that the recommendations be made available to other communication providers for New Brunswick residents. Aliant Mobility notes that it has been a partner with the Province of New Brunswick in delivering 9-1-1 service since 1993 and its team of professionals has been active in setting the design and service levels and the final implementation of the 9-1-1 system. The team includes a 9-1-1 Operations Manager responsible for the day to day liaison with the government and PSAPs, providing training materials, assisting with call inquiries, attending quarterly meetings, coordinating technology changes and testing and acting as liaison with Competitive Local Exchange Carriers. The 9-1-1 database is maintained by three resources who maintain the integrity of the 9-1-1 database,

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

Réponse à la recommandation n° 2

Nous recommandons que des efforts soient faits afin d'assurer la compatibilité des logiciels du CCTM et du CPASP de manière à éviter toute perte de temps et d'information au cours des transferts d'appel.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être indique que logiciel de régulation utilisé par le CCTM est reconnu mondialement comme un des meilleurs pour les besoins spécifiques des centres d'appels 9-1-1. Le ministère n'a aucun droit de regard quant au matériel et aux logiciels utilisés par les sept centres de prise d'appels pour la sécurité publique (CPASP). Le comité de révision du 9-1-1 provincial examine toutefois la question de la compatibilité entre les logiciels utilisés par les différents organismes.

Réponse à la recommandation n° 3

Nous recommandons qu'Aliant et ses partenaires continuent de travailler à l'amélioration de leurs services de communication cellulaire.

Aliant Mobilité désire que les recommandations du coroner soient transmises aux autres fournisseurs de services de communication desservant la population du Nouveau-Brunswick. Aliant Mobilité fait remarquer qu'elle est partenaire de la province du Nouveau-Brunswick pour la prestation du service 9-1-1 depuis 1993 et que son équipe de professionnels a participé à la conception et à l'élaboration des normes de service ainsi qu'à l'implantation finale du système 9-1-1 pour la province. Au sein de son équipe, on retrouve un gestionnaire de l'exploitation chargé des communications quotidiennes avec le gouvernement et les CPASP, de la prestation du matériel de formation et des demandes relatives au système. Il assiste aussi aux réunions trimestrielles, coordonne les modifications à la technologie et les séquences

including civic addresses, telephone numbers and associated response agencies. Marketing and technical resources are also required to maintain the continued integrity of the 9-1-1 system across the province. Improvements have been made to the 9-1-1 call answer process to assure the caller that they have reached 9-1-1, if the caller reaches a recording. The call is immediately routed to an overflow PSAP. In addition, educational efforts have begun to educate the public on the proper use of the 9-1-1 system.

Aliant recognizes that calls to 9-1-1 from a cellular telephone do not result in an automatic transfer of the caller's location information. Consequently, in 2003, Aliant Mobility implemented a trial of E9-1-1 to enable the emergency responder to more accurately locate the caller's physical location. Protocols, training and support have been provided to convert all PSAPs to this enhanced service. This improved cellular 9-1-1 functionality is now available to Aliant Mobility customers. We recommend that the Province encourage other cellular providers to conduct similar education efforts and make the required investments to provide E9-1-1 cellular service to their customers.

Response to Recommendations # 4 & #5

It is recommended that the Department of Health and Wellness consider, as a component of their public awareness efforts, the importance for young adults to recognize the signs and symptoms of a heart attack and seek medical attention immediately as stated during this inquest by Dr. Sarah Colwell. (Recommendation #4)

de test, en plus d'effectuer la liaison avec des entreprises de services locaux concurrentes. L'intégrité de la base de données du service 9-1-1 relève de trois personnes-ressources qui voient notamment au maintien en ordre des adresses civiques, des numéros de téléphone et des coordonnées des fournisseurs de services de secours. Du personnel de la mise en marché et des ressources techniques veille à la bonne marche du système 9-1-1 pour l'ensemble de la province. On a amélioré le processus de réponse aux appels 9-1-1. En effet, un message indique désormais à la personne qu'elle a bien rejoint le 9-1-1. Si personne ne peut répondre directement à l'appel, ce dernier est immédiatement redirigé à un autre CPASP. L'entreprise a également commencé à sensibiliser le public quant à l'usage approprié du système 9-1-1.

Aliant reconnaît que les appels 9-1-1 effectués à partir d'un téléphone cellulaire ne permettent pas toujours de transmettre automatiquement les coordonnées de la personne qui appelle. C'est pour cela qu'Aliant Mobilité a mis à l'essai, en 2003, le système E9-1-1 qui vise à permettre au répondant de déterminer plus facilement l'endroit où se trouve la personne qui appelle. On a fourni aux CPASP les protocoles, la formation et le soutien nécessaires à la conversion vers ce système amélioré. Ce service amélioré est désormais offert aux clients d'Aliant Mobilité. Aliant recommande que la province encourage les autres fournisseurs de téléphonie cellulaire à effectuer les investissements et les efforts de formation nécessaires à la prestation du service cellulaire E9-1-1 à leurs clients.

Réponse aux recommandations n° 4 et n° 5

Nous recommandons que le ministère de la Santé et du Mieux être ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet à l'intention des jeunes adultes concernant les signes et les symptômes d'une crise cardiaque et l'importance de consulter un médecin sans tarder, comme l'a suggéré la D^r^ Sarah Colwell au cours de l'enquête. (recommandation n°4)

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

It is recommended that the Department of Health and Wellness consider, as a component of their public awareness efforts, the dangers of using Ephedra/ Ephedrine as a means other than as a nasal decongestant. (Recommendation #5)

The Minister of Health & Wellness notes that the Department does not provide disease specific information in its public awareness campaigns nor information on specific drugs. Rather, it is recommended that the Heart and Stroke Foundation's campaigns target high school, college and university students regarding the signs and symptoms of heart attack and encourage participation in CPR training.

In June 2001, Health Canada issued a health advisory (through the media), advising Canadians not to use products containing ephedra/ephedrine with caffeine and other stimulants for the purpose of weight loss, body building or increased energy. Health Canada also concluded that certain products containing ephedra should be removed from the market.

Note: Detailed information on the risks and reasons for withdrawal may be found at:
http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/2002/2002_01e.htm
http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/2002/2002_01ebk2.htm

Deuxième enquête – Ian Mcconnell (suite)

Nous recommandons que le ministère de la Santé et du Mieux-être ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet sur les dangers de l'éphèdre/éphédrine pour tout autre usage que celui de décongestionnant nasal. (recommandation n° 5)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être indique qu'il ne fournit pas d'information précise sur des maladies dans ses campagnes de sensibilisation du public ou ses campagnes anti-drogue. Il recommande plutôt que la Fondation des maladies du cœur effectue des campagnes ciblées dans les écoles secondaires, les collèges et les universités afin de sensibiliser les étudiants aux signes et symptômes d'une crise cardiaque, en plus de les encourager à s'inscrire à une formation en RCR.

En juin 2001, Santé Canada a émis une mise en garde publique contre les produits visant la perte de poids, l'accroissement de la masse musculaire ou du niveau d'énergie contenant un mélange d'éphédra et d'éphédrine, de caféine et d'autres stimulants. Santé Canada avait alors également demandé qu'on retire du marché certains produits contenant de l'éphédra.

Note : On peut trouver des renseignements détaillés sur les risques posés par ces substances ainsi que les raisons de leur retrait du marché sur les sites Web suivants :
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2002/2002_01f.htm
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2002/2002_01fbk2.htm

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

Response to Recommendation # 6

It is recommended that the Department of Public Safety consider, as a component of their public awareness, the limitations of using a cell phone during emergency situations. (ie. signage in buildings where signals are not reliable).

Aliant Mobility emphasizes their belief that cellular phones are an important emergency tool and can help save lives. Aliant Mobility indicates that a public awareness campaign should focus on what to do, and how to use **any** phone, in the event of an emergency. They advocate posting signage in public locations to ensure the emergency call is handled appropriately regardless of the type of telephone used. Signage could include specific instructions if the caller is using a cellular telephone as well as other key steps, including staying on the line with the operator, remaining calm and providing information as to the condition of the victim.

Response to Recommendation # 7

It is recommended that a first aid kit and a landline phone be available and identified in all public sport facilities.

The Minister of Environment and Local Government advised that a letter endorsing the jury's recommendations would be sent to each municipality in the province. Although the Department cannot compel municipalities to equip their facilities in a particular manner, the Department advocated considering the jury's recommendations for a first aid kit and accessible landlines in all public sport facilities. For the unincorporated areas of the province, under the

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

Réponse à la recommandation n° 6

Nous recommandons que le ministère de la Sécurité publique ajoute à son programme de sensibilisation du public un volet sur les limitations du téléphone cellulaire en cas d'urgence (blocage des signaux dans certains édifices).

Aliant Mobilité croit que les téléphones cellulaires constituent d'important outils d'intervention en cas d'urgence et qu'ils peuvent aider à sauver des vies. Selon Aliant, une campagne de sensibilisation du public devrait mettre l'accent sur quoi faire et comment utiliser **n'importe quel type de téléphone** en cas d'urgence. L'entreprise indique également qu'on devrait installer des affiches dans les lieux publics afin de permettre aux gens de mieux gérer un appel d'urgence quel que soit le type d'appareil utilisé. Sur ces affiches, on pourrait notamment retrouver une indication particulière sur l'utilisation d'un téléphone cellulaire ainsi que diverses autres directives qui l'aideront à rester en ligne avec les services d'urgence, à demeurer calme et à fournir l'information appropriée quant à l'état de la victime.

Réponse à la recommandation n° 7

Nous recommandons qu'une trousse de premiers soins et un téléphone conventionnel soient disponibles et dûment identifiés dans tous les établissements sportifs publics.

Le ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux a précisé que son ministère enverrait à toutes les municipalités de la province une lettre indiquant qu'il approuve les recommandations du jury pour cette enquête. Bien que le ministère ne puisse pas obliger les municipalités à doter leurs installations d'équipements particuliers, il peut leur faire savoir qu'il croit qu'on doit respecter les recommandations du jury en ce qui a trait à la présence d'une

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

responsibility of the Minister, the Municipal Services Representatives have been asked to ensure that all indoor public sport and recreational facilities are equipped with first aid kits and accessible landlines.

The Minister of Culture and Sport Secretariat advises that the Secretariat has no jurisdiction over public sport and recreation facilities. However, they support the actions taken by the Minister of Environment and Local Government, as the liaison with municipalities, to ensure first aid kits and landline phones are available in these facilities in the event of an emergency.

Aliant Mobility notes that they, along with other service providers, provide payphone service and advocates installation of pay telephone service in such facilities as an additional option. They point out that that dialing 9-1-1 from a payphone is free to the caller.

Response to Recommendation # 8

It is recommended that the MTCC consider a review of their protocols to include confirmation of the location of the caller to the patient.

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

trousse de premiers soins et d'un téléphone à fil dans toutes les installations sportives. En ce qui concerne les zones non incorporées de la province placées sous la tutelle du ministère, on a demandé aux représentants des services municipaux locaux de veiller à ce que toutes les installations sportives intérieures soient dotées d'une trousse de premiers soins et d'un téléphone à fil.

Le ministre responsable du Secrétariat à la culture et au sport indique n'avoir aucun pouvoir en matière de gestion des installations de sport et de loisirs. Il appuie cependant les mesures prises par le ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux, qui fait le lien avec les municipalités quant à la présence de trousses de premiers soins et de téléphones à fil dans de telles installations en cas d'urgence.

Aliant Mobilité indique que son entreprise, ainsi que d'autres fournisseurs de services du même genre, offrent également un service de téléphone payant et qu'il pourrait s'agir là d'une possibilité intéressante. L'entreprise fait notamment valoir qu'on peut signaler gratuitement le 9-1-1 à partir de tels appareils.

Réponse à la recommandation n° 8

Nous recommandons que le (CCTM) envisage la révision de ses protocoles d'intervention de manière à inclure la confirmation de la localisation de l'appelant par rapport au patient.

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

The Minister of Health & Wellness advised that the MTCC protocols and call triaging software always send the ambulance "hot" when a caller is not in direct contact with the patient. Staff training has focussed on restating this point to ensure all call-takers follow the protocol.

Response to Recommendation # 9

The Jury acknowledge that a number of witnesses provided information regarding:

i) **A single point of dispatch versus our current system.**
ii) **The Use of Pre-Alert versus our present system.**
iii) **Protocols associated with the identification of "hot" and "cold" dispatch.**

The Jury did not feel that we had sufficient expertise to make recommendations regarding these important issues. However, we are confident from the information presented that the New Brunswick Government ongoing internal reviews and the New Brunswick Governments 9-1-1-system review being directed by Jean-Marc Dugas will serve the public in the ongoing improvement of our services.

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être indique que, en vertu des protocoles en vigueur et de la configuration du logiciel de répartition du CCTM, on envoie toujours une ambulance sans tarder lorsque la personne qui appelle n'est pas en contact direct avec le patient. On a également insisté sur cet aspect dans le cadre de la formation des répondants afin de s'assurer qu'ils respectent bien le protocole en vigueur.

Réponse à la recommandation n° 9

Nous, les membres du jury, confirmons qu'un certain nombre de témoins ont fourni de l'information concernant :

i) **Un point de répartition unique par rapport au système actuel**
ii) **L'utilisation de Pre-Alert par rapport au système actuel**
iii) **Les protocoles relatifs à la différenciation de la répartition « à chaud » et « à froid »**

Nous, les membres du jury, considérons ne pas posséder les compétences requises pour effectuer des recommandations quant aux points susmentionnés. Cependant, nous croyons que cette information sera utilisée à bon escient dans le cadre du processus de révision interne du gouvernement du Nouveau-Brunswick ainsi que dans le cadre de la révision du système 9-1-1 actuellement dirigée par M. Jean-Marc Dugas, pour le compte du gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Inquest No. 2 – Ian McConnell continued

The Minister of Health & Wellness indicated that ambulance dispatching in New Brunswick is done from a single point of dispatch, except for the City of Saint John. Triaging protocols are dependent on accurately identifying cases, for example as a seizure call or a cardiac arrest. The Minister indicated that changes to the dispatch protocol were initiated in the summer of 2002 and a full year of monitoring indicates that no calls were triaged as a seizure call when in fact they were a cardiac arrest. Statistics demonstrated that 95.6% of all 9-1-1 calls are accurately triaged and dispatched within 90 seconds of receiving a call, a standard second to none in North America. Centrally coordinated ambulance dispatch benefits New Brunswick residents by efficiently handling all requests for land and air ambulance, ensuring any incident or accident receives all required resources in a timely, efficient manner. A study is underway concerning the use of a pre-alert system for dispatching ambulances and if the concept is implemented provincially, is dependent on technological infrastructure and computer upgrades.

Regarding Recommendations 2, 3, 6, 8 and 9

The Minister of Public Safety advised that it has completed the review of the NB9-1-1 services and dispatch systems. The recommendations from the jury were considered during the course of that review, carried out in 2002 and 2003. The review demonstrated that the citizens of the province have been reasonably well served by the provincial 9-1-1 system that has been in place throughout the province for the past ten years. Nevertheless, based on consultations with partners, improvements will be made in a number of areas including equipment, standards and training, as well as fire dispatch to provide a quality emergency response service for the people of New Brunswick.

Deuxième enquête – Ian McConnell (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que, à l'exception de la Ville de Saint John, la répartition des ambulances se faisait à partir d'un centre unique. Les protocoles de répartition sont basés sur l'identification appropriée du problème de santé en présence, par exemple une crise d'épilepsie par rapport à un arrêt cardiaque. Le ministre indique que les modifications aux protocoles ont été instaurées à l'été 2002 et qu'après une année complète de suivi, aucun appel n'avait été traité à titre de crise d'épilepsie alors qu'il s'agissait en fait d'un arrêt cardiaque. Selon les statistiques, 95,6 % de tous les appels 9-1-1 ont été reçus et traités dans les 90 secondes qui ont suivi, une performance inégalée en Amérique du Nord. La centralisation de la répartition constitue un avantage pour la population du Nouveau-Brunswick puisqu'on s'assure ainsi que toutes les demandes sont traitées rapidement et adéquatement, qu'il s'agisse de secours par terre ou par air. On effectue actuellement une étude relativement à un système pré-alerte pour la répartition des ambulances. Si on décide d'instaurer ce système à l'échelle provinciale, on devra mettre à jour les infrastructures technologiques et informatiques.

En ce qui concerne les recommandations 2, 3, 6, 8 et 9

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué qu'on avait procédé à un examen du système NB 9-1-1 et des systèmes de répartition. Lors de cet examen effectué en 2002 et en 2003, on a tenu compte des recommandations du jury. Il s'est avéré que les citoyens du Nouveau-Brunswick étaient assez bien servis par ce système provincial qui est en place depuis 10 ans. Néanmoins, à la suite de consultations auprès de divers partenaires, on a décidé d'apporter un certain nombre d'améliorations au système afin de mieux servir les citoyens de la province, notamment en ce qui a trait à l'équipement, aux normes, à la formation ainsi qu'à la répartition des appels relatifs aux incendies.

Inquest No.3 – James Waddell

An inquest was held from November 3-7, 2003 into the death of 4 year old James Waddell of Kingston, New Brunswick, who died after being attacked by rottweilers at his home. James lived with his father and his father's friend. His father's friend housed his three rottweilers on the property in a large outdoor pen. On the day of the accident, James had been left unattended in the house, while his father and friends were assessing electrical work in the basement. The owner of the dogs had let them out for a run, prior to entering the basement. While unattended, James went outside where he was attacked by the rottweilers, resulting in his death. The inquest dealt with the facts leading to the incident, issues concerning the care and supervision of the child, the medical treatment following injury and the cause of death.

The jury made four multi-part recommendations and incorporated those made by an expert in dog behavior, Dr. Norma Guy.

Recommendations of the Jury

Recommendation # 1

{That} a committee be struck, funded by the government, comprised of experts in various fields to develop and deliver a dog bite prevention program in New Brunswick. Fields of expertise to include: veterinarians, medical personnel, police, SPCA, breeders, social workers, educators, and others should be included on the committee. Following are the concerns to be addressed by the committee:

Troisième enquête – James Waddell

Du 3 au 7 novembre 2003, le coroner a tenu une enquête relativement au décès de James Waddell, âgé de quatre ans, de Kingston, au Nouveau-Brunswick. L'enfant est décédé après avoir été attaqué par des rottweilers à son domicile. James vivait avec son père et l'ami de son père qui possédait trois rottweilers qu'il gardait dans un grand enclos situé sur la propriété. Le jour de l'accident, James avait été laissé seul dans la maison alors que son père et des amis évaluaient des travaux électriques à effectuer au sous-sol de la résidence. Le propriétaire des chiens les avait laissés sortir de leur enclos pour leur permettre de faire de l'exercice juste avant de descendre au sous-sol. Alors qu'il était seul, James est sorti de la maison et a été attaqué par les rottweilers, ce qui a entraîné son décès. Lors de l'enquête, on a examiné les circonstances qui ont entraîné l'accident, les traitements médicaux fournis à la suite de l'accident ainsi que la cause du décès.

Le jury a effectué quatre recommandations en plusieurs points, en incluant les recommandations d'une spécialiste en comportement canin, M^me^ Norma Guy.

Recommandations du jury

Recommandation n° 1

La création d'un comité financé par le gouvernement qui regrouperait divers experts afin de créer et d'assurer la délivrance d'un programme de prévention des morsures de chiens au Nouveau-Brunswick. Représentants des champs de spécialité suivants : vétérinaires, personnel médical, police, SPCA, éleveurs, travailleurs sociaux, éducateurs et autres, le cas échéant. Questions devant être traitées par le comité :

Inquest No. 3 – James Waddell continued

A. Implementation of Dr. Norma Guy's recommendations {Atlantic Veterinary College}, as per Exhibit 18, with emphasis on points addressing supervision and vigilance of preschool children around dogs.

Recommendations for Parents

a) To delay dog adoption until children in the family are of school age, so they can learn how to behave around dogs, and to actually participate in the care of a dog.

b) Deliberately socialize young dogs to a wide variety of different people and situations before one year of age.

c) No preschool age child or infant should be left alone with a dog, even in adjoining room, regardless of the dog's history and experience with children.

d) Recognize that dogs require frequent contact with social partners to maintain balanced behavior.

e) Avoid using punishment in training, which is counterproductive to producing a dog suitable for a family environment.

Recommendations for Municipalities

a) Fund, and maintain, animal control separately from shelter/adoption facilities, as the former is a municipal responsibility and the latter are generally non-profit organizations.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

A. Mise en place des recommandations effectuées par la D[re] Norma Guy {Atlantic Veterinary College}, en fonction de l'élément de preuve 18, en mettant l'accent sur les questions relatives à la surveillance des enfants d'âge préscolaire autour des chiens.

Recommandations à l'intention des paren

a) Repousser l'adoption d'un chien jusqu'à ce que les enfants de la famille soient d'âge scolaire afin que ces derniers puissent apprendre à se comporter adéquatement en présence d'un chien et soient en mesure de participer aux soins donnés à l'animal.

b) Avant qu'ils atteignent l'âge d'un an, s'assurer de présenter les jeunes chiens au plus grand nombre de personnes possible.

c) Aucun nourrisson ou enfant d'âge préscolaire ne doit être laissé seul en présence d'un chien, même s'il se trouve dans une autre pièce, quels que soient les antécédents du chien relativement aux enfants

d) Reconnaître que les chiens ont besoin de fréquentes interactions sociales avec différents partenaires si on veut qu'ils conservent un comportement équilibré.

e) Éviter de faire usage de punitions lors du dressage. Cela peut aller à l'encontre du but recherché lors du dressage d'un chien destiné à vivre en famille.

Recommandations à l'intention des municipalités

a) Financer et maintenir des services de gestion animale séparés des services d'abri/d'adoption puisque le premier est un service municipal, tandis que le second est généralement le fait d'un organisme sans but lucratif.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

b) Increase the cost of dog ownership by markedly increasing licence fees, which can in turn be used to support animal control and by-law enforcement.

c) Dogs, which are found running at large, should be micro-chipped (to be paid for by the owner) for permanent accurate identification before return to the owner.
d) Maintain an accurate and up-to-date database for licence and micro-chip data, including any reports of nuisance or dangerous behavior.

e) Adopt and enforce dangerous dog by-laws to restrict or prevent the ownership of dogs by individuals who have demonstrated themselves to be irresponsible, and to provide a process for appropriate decisions regarding the humane destruction of dangerous dogs.

Recommendations for Health Care Professionals

a) Approach dog bite injuries or fatalities as a largely preventable event, not an accident.

b) Support programs that educate children (in school or on television) about appropriate behavior around animals and respect for animals.

c) Recognize the strong emotional bond that may exist between owners and their pets, even when the pet is showing undesirable behavior.
d) Educate new parents as to the risks associated with dog-child interactions.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

b) Accroître le coût lié au fait d'avoir un chien en augmentant de façon importante le coût des permis. Cet argent pourra ensuite être employé à la gestion animale et à l'application des règlements municipaux.
c) Implanter une micro-puce aux chiens errants (payée par le propriétaire du chien) afin qu'on puisse toujours clairement l'identifier avant de le remettre à son propriétaire.
d) Créer et maintenir à jour une base de données sur les permis et sur les données relatives aux micro-puces, y compris tout rapport de méfait ou de comportement dangereux.
e) Adopter et appliquer des règlements relatifs aux chiens dangereux afin d'éviter ou de restreindre la propriété de chiens par des personnes s'étant montrées irresponsables et de fournir un cadre décisionnel clair visant l'abattage, dans des conditions appropriées, des chiens considérés dangereux.

Recommandations à l'intention des professionnels de la santé

a) Traiter les morsures de chien ayant causé des lésions ou la mort comme des incidents évitables, pas des accidents.
b) Créer des programmes de soutien pour éduquer les enfants (à l'école ou à la télévision) concernant le comportement à adopter vis-à-vis des animaux et le respect qu'on leur doit.
c) Reconnaître le lien émotif très fort qui lie le propriétaire à son chien, même si ce dernier fait preuve d'un comportement inacceptable.

d) Éduquer les nouveaux parents sur les risques inhérents aux interactions chien-enfant.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

e) Actively discourage dog ownership in families with preschool children who do not already own a dog.

f) Participate in any systematic (municipal, provincial, Health Canada) documentation of the occurrence of dog bites to children. Dog bites should be reported regardless of the ownership of the dog or its relationship with the victim.

g) Be aware of the strong association between child abuse and animal abuse. In the interest of humane treatment of animals as well as children, contact your local humane society if you suspect that an animal may be at risk based on evidence of abuse to children in same household.

Recommendations for Veterinarians

a) Support and implement early age neutering to reduce the number of dogs who are easily available to irresponsible or unprepared adopters.

b) Actively counsel clients on the timing of dog adoption relative to the age of children in the family, the choice of an appropriate pet, management of dogs to prevent bites, preparing dogs for life with a new baby in the home, teaching children to behave responsibly around pets.

c) Promote positive dog socialization experiences through puppy classes, fenced dog parks, dog trainers who use positive reinforcement methods (reward based) that ill reduce the likelihood of aggression.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

e) Décourager activement l'adoption d'un chien dans les familles où il y a des enfants d'âge préscolaire (si elles ne possèdent pas déjà un chien).

f) Participer à la documentation systématique (à l'échelle municipale, provinciale ou par Santé Canada) des morsures de chien subies par des enfants. Ce type d'incident doit être rapporté, peu importe qui a la propriété du chien ou quelle est la relation du chien vis-à-vis de la victime.

g) Être à l'affût du lien fréquent entre l'abus envers les enfants et l'abus envers les animaux. Afin de promouvoir le traitement approprié des bêtes, communiquez avec la Société protectrice des animaux si vous soupçonnez des comportements violents à l'égard d'un animal du fait des sévices subis par les enfants de la famille.

Recommandations à l'intention des vétérinaires

a) Soutenir et appliquer la politique de stérilisation en bas âge des chiens afin d'éviter l'adoption d'animaux entiers par des propriétaires irresponsables ou mal préparés.

b) Conseiller activement les clients sur le moment propice à l'adoption d'un chien en fonction de l'âge des enfants; sur le choix de l'animal; sur les façons d'éviter les morsures; sur les façons de préparer un chien à la venue d'un bébé; sur les comportements appropriés des enfants envers leur animal de compagnie.

c) Promouvoir les expériences de socialisation positive par l'intermédiaire de cours de comportement à l'intention des chiots, de parcs clôturés réservés aux chiens et d'entraîneurs qui utilisent des méthodes de renforcement positif (basées sur les récompenses) afin de réduire les risques d'agression.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

d) Be supportive of owners who are electing to euthanize their dog because of a legitimate problem with aggression, particularly if the dog shows a high level of reactivity or unpredictability.
e) Be proactive in drawing information about problem animals or situations to the attention of the humane society or animal control.

f) Actively oppose the breeding of any dogs without adequate regard to temperament.

B. That there be an onus and responsibility on anyone selling or transferring ownership to provide the information package produced by the afore-mentioned committee to the new owner.
C. Number of dogs per household be limited, decision to be determined by committee.

D. Consideration of a stratified licensing system based on the use of the dog.

E. The Department of Environment and Local Government be required to develop {an} enforceable regulation with respect to animal control in Local Service Districts in consultation with the afore-mentioned committee (not focussed on breed control).

F. Information in Exhibits 16, 17, 18 and 19.

Recommendation # 2

The establishment of the James Ronald Waddell {fund} for pet awareness and education, to be administered by the committee afore-mentioned.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

d) Être à l'écoute d'un propriétaire qui désire faire euthanasier son chien parce que ce dernier pose un réel problème d'agressivité, particulièrement si l'animal est très réactif ou imprévisible.
e) Intervenir sans hésiter quand vient le temps d'obtenir de l'information sur un animal qui pose problème ou sur les situations pouvant nécessiter l'intervention des services de gestion animale ou de la Société protectrice des animaux.
f) S'opposer activement à l'élevage de chiens sans égard à la question du tempérament.

B. L'obligation, pour toute personne vendant ou transférant la propriété d'un chien, de remettre au nouveau propriétaire de l'animal le carnet d'information produit par le comité susmentionné.
C. Limiter le nombre de chiens pouvant être gardés à domicile. Décision à prendre par le comité susmentionné.
D. Étudier la possibilité d'instaurer un système de permis stratifié selon l'usage qu'on fait du chien.
E. Exiger, du ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux, la création d'un règlement applicable relativement à la gestion animale (non axé sur la gestion des races) pour les districts locaux. Le travail devra être effectué en collaboration avec le comité susmentionné.
F. Données contenues dans les éléments de preuve 16, 17, 18 et 19.

Recommandatiton n° 2

La création d'une fondation James Ronald Waddell afin de promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux questions relatives aux animaux de compagnie. L'administration de la fondation sera confiée au comité susmentionné.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

Recommendation # 3

With respect to Family {and Community} Services:

a) We support and encourage the actions described in Exhibit 20 from the Department of Family and Community Services.

b) Basic First Aid training provided for clients.

c) Mandatory animal awareness education for parents and their children.

d) Assessment done on non-family members residing in the home, as well as those in frequent contact with the child to ensure a safe environment for the child.

Recommendation # 4

Any animal involved in a serious attack should be detained for observation of behavioral patterns to the satisfaction of a licensed veterinarian.

The recommendations were forwarded to the Minister of Education, the Minister of Family and Community Services, the Minister of Public Safety, the Minister of Environment and Local Government and the President of the NB Medical Veterinary Association for review and response.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

Recommandation n° 3

En ce qui a trait au ministère des Services familiaux et communautaires :

a) Nous appuyons et encourageons les mesures décrites dans l'élément de preuve 20 du ministère des Services familiaux et communautaires.

b) Formation en premiers soins de base offerte aux clients

c) Formation obligatoire sur les animaux de compagnie pour les parents et leurs enfants

d) Évaluation des personnes autres que les membres de la famille résidant au domicile ainsi que de celles en fréquent contact avec l'enfant afin d'assurer un milieu de vie sécuritaire.

Recommandation n° 4

Tout animal impliqué dans une attaque grave doit être gardé sous observation et subir une évaluation comportementale par un vétérinaire.

Les recommandations ont été transmises aux ministres de l'Éducation, des Services familiaux et communautaires, de l'Environnement et des Gouvernements locaux ainsi qu'au président de l'Association des vétérinaires du Nouveau-Brunswick afin qu'ils les passent en revue et y répondent.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

Response to Recommendation # 1

That a committee be struck, funded by the government, comprised of experts in various fields to develop and deliver a dog bite prevention program in New Brunswick.

The College of Physicians and Surgeons undertook to communicate the jury's recommendations for parents and medical professionals in their newsletter. This bulletin may be accessed at http://www.cpsnb.org/english/Bulletins/May%202004.html

The Minister of Education advised that it would be pleased to have a representative sit on the committee established by government to consider the development and potential delivery of a dog bite prevention program in New Brunswick. Collaboration and a decision on which department will take the lead to establish such a committee is a necessary pre-requisite. The Department's representative will ensure the Committee has access to the exhibits from the inquest and will inform the committee on suitable educational approaches.

The Department's document *Health Education Curriculum Kindergarten – Grade Five* includes content on identiyfing potentially harmful places and activities and how personal behaviours and choices may affect the safety of self and/or others. The *Rabies and You Kit* contains specific information about dog and cat bite prevention and references to websites on prevention strategies.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

Réponse à la recommandation n° 1

La création d'un comité financé par le gouvernement qui regrouperait divers experts afin de créer et d'assurer la délivrance d'un programme de prévention des morsures de chiens au Nouveau-Brunswick.

Le Collège des médecins et des chirurgiens a transmis les recommandations du jury aux parents et au personnel médical par l'entremise d'un bulletin, qu'on peut consulter à l'adresse suivante : http://www.cpsnb.org/french/Bulletins/May%202004%20french.html.

Le ministre de l'Éducation a indiqué qu'il serait heureux de déléguer un représentant au comité consultatif que le gouvernement désire créer afin d'étudier la possibilité d'établir et éventuellement d'offrir un programme de prévention des morsures d'animaux au Nouveau-Brunswick. Il faudra toutefois au préalable établir quel ministère se chargera de la mise sur pied de ce comité. Le représentant du ministère s'assurera que les membres du comité auront accès au matériel relatif à l'enquête du coroner et leur fera part des approches pédagogiques possibles pour un tel programme.

Le *Programme d'études en santé de la maternelle à la 5e année* du ministère explique comment déterminer les activités et les endroits potentiellement dangereux en plus de montrer comment les comportements et les choix personnels peuvent influer sur la sécurité d'une personne et de son entourage. La trousse *Rabies and You*, qui porte sur la rage, contient de l'information précise sur la prévention des morsures de chien et de chat ainsi que des références à des sites Web portant sur des stratégies de prévention des morsures.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

The Minister of Public Safety advised that he would consult with the NB Association of Chiefs of Police and the RCMP to ensure police representation when the committee is formed.

The Minister of Family and Community Services undertook to identify a representative to participate, should government decide to establish the committee.

The Minister of Environment and Local Government has advised that her department will lead an inter-departmental committee to review the merits of establishing a program on dog bite prevention. The committee will be asked to identify existing initiatives on dog bite prevention and review best practices in regards to responsible dog ownership. The Minister also advises that the committee will be requested to provide its recommendations on how best to promote responsible pet ownership and education.

The Minister of Environment and Local Government advises that an internal working group has been established to develop a quality dog control regulation, with the appropriate funding mechanism. The Department intends to bring forward amendments to existing regulations in the near future.

The Department is establishing standards for pet establishments, in conjunction with the Society for the Prevention of Cruelty to Animals. A regulation under the *New Brunswick Society for the Prevention of Cruelty to Animals Act* is under development for consideration by government in 2005.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué qu'il consulterait l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick ainsi que la GRC afin de s'assurer qu'il y a une représentation policière au sein du comité susmentionné.

Le ministre des Services familiaux et communautaires s'est dit prêt à nommer un représentant dans l'éventualité de la formation du comité susmentionné.

La ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux a expliqué que son ministère dirigerait un comité interministériel chargé d'examiner les avantages rattachés à la mise sur pied d'un programme de prévention des morsures de chiens. Le Comité aura pour mission de relever les mesures déjà en place à cet égard et de passer en revue les méthodes qui sauront le mieux favoriser le sens des responsabilités chez les propriétaires de chiens. La ministre a en outre précisé que ce comité devra formuler des recommandations sur les moyens les plus efficaces de sensibiliser et de responsabiliser les propriétaires d'animaux de compagnie.

La ministre a aussi fait part de la mise sur pied, à l'interne, d'un groupe de travail chargé d'élaborer un règlement efficace concernant le contrôle des chiens, de même qu'un mécanisme de financement approprié à cet égard. La ministre a également l'intention de présenter sous peu des modifications aux règlements actuels.

Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux travaille à la mise en œuvre de normes applicables aux établissements hébergeant des animaux familiers, en collaboration avec la Société protectrice des animaux. Un règlement s'ajoutant à *la Loi sur la Société protectrice des animaux du Nouveau-Brunswick* est en cours d'élaboration et sera étudié par le gouvernement en 2005.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

Response to Recommendation # 2:

The establishment of the James Ronald Waddell {fund} for pet awareness and education, to be administered by the committee afore-mentioned.

The Minister of Family and Community Services advised that a representative will participate on such a committee to oversee the proposed fund for pet awareness and education, should such a fund be established.

The Minister of Environment and Local Government has advised that her department will lead an inter-departmental committee to review the merits of establishing a program on dog bite prevention. The committee will be asked to identify existing initiatives on dog bite prevention and review best practices in regards to responsible dog ownership. The Minister also advises that the committee will be requested to provide its recommendations on how best to promote responsible pet ownership and education.

Response to Recommendation # 3 With respect to Family {and Community} Services:

a) **We support and encourage the actions described in Exhibit 20 from the Department of Family and Community Services**
b) **Basic First Aid training provided for clients**
c) **Mandatory animal awareness education for parents and their children**

Troisième enquête – James Waddell (suite)

Réponse à la recommandation n° 2

La création d'une fondation James Ronald Waddell afin de promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux questions relatives aux animaux de compagnie. L'administration de la fondation sera confiée au comité susmentionné.

Le ministre des Services familiaux et communautaires a aussi indiqué qu'un représentant de son ministère assurera la gestion du fonds dévolu à la promotion des comportements sécuritaires vis-à-vis des animaux familiers, advenant l'établissement d'un tel fonds.

La ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux a expliqué que son ministère dirigerait un comité interministériel chargé d'examiner les avantages rattachés à la mise sur pied d'un programme de prévention des morsures de chiens. Le Comité aura pour mission de relever les mesures déjà en place à cet égard et de passer en revue les méthodes qui sauront le mieux favoriser le sens des responsabilités chez les propriétaires de chiens. La ministre a en outre précisé que ce comité devra formuler des recommandations sur les moyens les plus efficaces de sensibiliser et de responsabiliser les propriétaires d'animaux de compagnie.

Réponse à la recommandation n° 3 – En ce qui a trait au ministère des Services familiaux et communautaires

a) **Nous appuyons et encourageons les mesures décrites dans l'élément de preuve 20 du ministère des Services familiaux et communautaires.**
b) **Formation en premiers soins de base offerte aux clients**
c) **Formation obligatoire sur les animaux de compagnie pour les parents et leurs enfants**

Inquest No. 3 – James Waddell continued

d) Assessment done on non-family members residing in the home, as well as those in frequent contact with the child to ensure a safe environment for the child.

At the time of the inquest, Family & Community Services detailed the actions taken by their Department following the death. These were previously published in their entirety. For the purposes of this report, a brief summary is provided below:

Department's Actions Following the Death of James Waddell:

Departmental officials reviewed the circumstances of the death, the involvement of the Department with the family and any subsequent steps that may need to be taken in relation to the issue of safety of children and presence of animals. A referral was made to the Child Death Review Committee.

The Provincial Child Protection Consultant conferred with consultants in Newfoundland, Nova Scotia, Prince Edward Island, British Columbia and New York State as to whether these jurisdictions have any legislation or specific practice standards concerning pets and/or other animals. None of these jurisdictions have anything specific in their Risk Assessment Tools or Practice Standards or Legislation to address this issue.

The Department's Provincial Risk Management Committee commenced a review of the tools used to assess any risk posed to children by the hazard of an out of control or vicious animal.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

d) Évaluation des personnes autres que les membres de la famille résidant au domicile ainsi que de celles en fréquent contact avec l'enfant afin d'assurer un milieu de vie sécuritaire.

Au moment de l'enquête, le ministère des Services familiaux et communautaires a fourni un rapport détaillé des mesures qu'il a prises au moment de la mort du jeune garçon. Ces mesures ont déjà été publiées dans leur ensemble avec recommandations. Aux fins du présent rapport, on trouve ci-dessous un bref résumé des mesures en question :

Mesures prises par le ministère à la suite du décès de James Waddell :

Les représentants du ministère ont examiné les circonstances du décès, le rôle joué par le ministère auprès de la famille ainsi que les mesures additionnelles qui pourront être prises afin d'assurer la sécurité des jeunes enfants en présence d'animaux. Le dossier a été soumis au comité d'examen des décès d'enfants.

Le conseiller en protection de l'enfance de la province a consulté ses homologues de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'État de New York afin de savoir si leur gouvernement possédait des lois ou des normes de pratique précises au sujet des animaux familiers ou d'autres animaux. Personne ne possédait de données précises à ce sujet, qu'il s'agisse d'outils d'évaluation du risque, de normes régissant la pratique ou de lois.

Le comité provincial de gestion du risque du ministère a débuté l'évaluation des outils utilisés pour évaluer le risque encouru par un enfant lors d'un contact avec un animal dangereux ou hors de contrôle.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

The Department is reviewing the need to educate child protection social workers as to the potential risks animals may pose when around small children.

The Department is reviewing the Risk Management System to ensure that it adequately identifies the issue of safety of children, in respect to animals as a hazard.

The Department will undertake further education with child protection staff as to the potential risks animals may pose when around small children. This could be included as a component of training on the Risk Management System.

The Department is reviewing Practice Standard 6, item 2 of the Child Protection Services Practice Standards and Guidelines to determine whether a more comprehensive review of a case in which there is an accidental death of a child should be undertaken.

Department's Actions Following the Inquest:

The Minister of Family and Community Services reiterated the actions taken previous and has provided additional comment on actions taken since the inquest:

3(b) The Department feels it is not feasible to produce Basic First Aid training to all child protection clients and notes that animal bites are not unique to child protection cases. Training is provided on a case by case basis, if the case plan determines that such training is necessary to meet the specific needs of a child in any of the child welfare programs.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

Le ministère évalue la nécessité de sensibiliser les travailleurs sociaux aux risques potentiels posés par les animaux pour les jeunes enfants.

Le ministère revoit le Système de gestion des risques afin de s'assurer qu'on pourra cerner adéquatement les risques posés par les animaux.

Le ministère offrira au personnel de la protection de l'enfance une formation additionnelle relative aux risques posés par les animaux pour les jeunes enfants. Cette formation pourra constituer une composante de la formation relative au système de gestion du risque.

Le ministère passe en revue la norme de pratique 6, rubrique 2 des directives et normes de pratique des services de protection de l'enfance ainsi que les lignes directrices afin de déterminer s'il faut entreprendre une étude plus approfondie des cas où il a eu décès accidentel d'un enfant.

Mesures prises par le ministère à la suite de l'enquête du coroner :

Le ministre des Services familiaux et communautaires est revenu sur les mesures prises précédemment et a ajouté des commentaires relatifs aux mesures prises à la suite de l'enquête du coroner :

3(b) Le ministère considère qu'il n'est pas possible d'offrir une formation de base en secourisme à tous les clients de la protection de l'enfance et fait remarquer que la problématique des morsures d'animaux n'est pas exclusive aux dossiers de la protection de l'enfance. On peut toutefois fournir une formation au besoin, lorsque le plan de services du dossier en détermine la nécessité afin d'assurer la sécurité d'un enfant.

Inquest No. 3 – James Waddell continued

3(c) Mandatory animal awareness education for parents and their children is a training issue. Public awareness and education programs will make more information available for distribution to parents.

3(d) The Risk Management System is an on-going formalized system for identifying, assessing, responding to, and documenting the risk of abuse and neglect throughout the life of a child protection case. Risk assessment instruments are designed to assist and support professional judgement and social workers will be encouraged to continue to be vigilant when a new member enters a household since changes in family functioning/dynamics could warrant a re-assessment.

Recommendation # 4

Any animal involved in a serious attack should be detained for observation of behavioral patterns to the satisfaction of a licensed veterinarian.

The response from the New Brunswick Medical Veterinary Association was not available at the time of publication.

The Chief Coroner will provide further updates on the progress of actions taken in response to the recommendations in next year's annual report.

Troisième enquête – James Waddell (suite)

3(c) La sensibilisation obligatoire aux dangers posés par les animaux pour les parents et leurs enfants est une question de formation. Les campagnes de sensibilisation auprès du public et les programmes de formation permettront de faciliter la transmission de ce type de renseignements aux parents.

3(d) Le Système de gestion des risques est un système permanent qui permet de cerner, d'évaluer et de documenter le risque de mauvais traitements et de négligence pendant toute la vie de l'enfant placé sous la protection du ministère, et de réagir à ce risque. Les outils d'évaluation du risque sont conçus pour aider et soutenir les travailleurs sociaux dans leur travail. On demandera aux travailleurs sociaux de continuer de se montrer vigilants et de ne pas hésiter à procéder à une nouvelle évaluation lorsqu'une nouvelle personne se joint à une famille et de ce fait modifie le fonctionnement/la dynamique de la famille.

Recommandation n° 4

Tout animal impliqué dans une attaque grave doit être gardé sous observation et subir une évaluation comportementale par un vétérinaire.

L'Association des vétérinaires du Nouveau-Brunswick n'avait toujours pas répondu au moment de la publication du rapport.

Le coroner en chef fournira dans le rapport annuel de l'année prochaine une mise à jour sur la progression du dossier à la suite des recommandations du jury.

Other cases of interest

The following cases were investigated and concluded with a decision that no public inquest would be held. However, recommendations for change were identified in each instance.

Case # 1

This 59 year old woman died July 7, 2003, following severe burns she sustained while in hospital for an unrelated problem. While still a patient, and wearing personal clothing, she went to an outdoor smoking area on the roof of the Hospital, just adjacent to the floor. She attempted to light a cigarette and her bathrobe ignited. According to an eye-witness, who was unable to assist her, she re-entered the floor and ran through the corridor. She sustained significant burns as a result of this incident and developed an infection that led to her subsequent demise.

The incident led to a review of fire safety practices in the hospital and an increased emphasis on the potential to use fire extinguishers in extinguishing flames when persons are engulfed, as well as objects. The investigation also included a review of the type of robe, the flame retardant properties and the period of time after which the flame retardant properties are no longer viable.

Recommendations on the case were forwarded to the Minister of Health & Wellness and Health Canada for review.

The Minister of Health & Wellness was asked to have hospitals review placement of fire extinguishers, signage and training and to communicate the fact that fire extinguishers can be deployed to extinguish fires engulfing persons, as well as objects.

Autres cas dignes d'intéret

Les cas suivants ont fait l'objet d'une évaluation après laquelle on a conclu qu'une enquête du coroner n'était pas nécessaire. Des recommandations ont toutefois été formulées pour chacun de ces cas.

Cas n° 1

Cette dame de 59 ans est décédée le 7 juillet 2003 après avoir subi de graves brûlures alors qu'elle se trouvait à l'hôpital pour un problème distinct. Alors qu'elle était toujours hospitalisée, et vêtue de ses vêtements personnels, elle s'est rendue dans une zone pour fumeurs sur le toit de l'hôpital, à l'extérieur, adjacente à son étage. Elle a tenté d'allumer une cigarette et sa robe de chambre s'est enflammée. Selon un témoin oculaire, qui n'a pas pu lui venir en aide, elle est retournée sur l'étage et a couru dans le corridor. Elle a subi de graves brûlures lors de cet incident et a contracté une infection qui a par la suite entraîné son décès.

L'incident a donné lieu à une révision des méthodes utilisées à l'hôpital en matière de sécurité-incendie et l'accent a été mis sur l'utilisation des extincteurs d'incendie pour étouffer les flammes lorsque des personnes et des objets sont embrasés. L'enquête a également compris un examen du type de la robe de chambre, des propriétés ignifuges du tissu et de la période de temps après laquelle les propriétés ignifuges ne sont plus valables.

Les recommandations ont été transmises au ministre de la Santé et du Mieux-être ainsi qu'à Santé Canada.

On a demandé au ministre de la Santé et du Mieux-être de revoir le positionnement des extincteurs d'incendie, des panneaux de signalisation ainsi que la formation offerte à ce sujet afin de clarifier le fait qu'il est possible d'utiliser un extincteur d'incendie pour éteindre les flammes sur des personnes comme sur des objets.

Other Cases of Interest continued

After a review of the case circumstances, the following recommendations were made to Health Canada :

- There is a need to raise public awareness as to the definition and meaning of 'flame retardant' and how it relates to the fabric.
- Clothing labels should carry a warning that some laundry products may increase flammability and/or decrease flame resistance in some fabrics.

These recommendations were forwarded in October 2004 and as of the date of publication, we are awaiting a response from Health Canada and the Minister of Health & Wellness.

Case # 2

This 44 year old female, was admitted to hospital on April 4, 2001 for back surgery to repair disk problems. She had been operated on previously for this and had a history of regular usage of pain control medications, including amitriptyline for back pain and fibromyalgia, for the prior decade.

Following surgery, her prognosis was good and she was initially mobile, although complaining of problems with pain control. Under the surgeon's instructions, different medications were administered for pain control. Despite the early positive indications and expectation of a full recovery, later that day she arrested and died (April 5, 2001). Given that the death was unexpected, hospital authorities notified the coroner, who ordered a post-mortem and toxicological analysis.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Après un examen des circonstances du cas, les recommandations suivantes ont été faites à Santé Canada :

- Il faut sensibiliser davantage le public à la définition et à la signification du terme « ignifuge » et expliquer comment il se rapporte au tissu.
- Les étiquettes des vêtements devraient inclure un avertissement à l'effet que certains détersifs peuvent augmenter l'inflammabilité ou diminuer la résistance à l'inflammation de certains tissus.

Ces recommandations ont été transmises en octobre 2004. Au moment de la publication du rapport, nous attendions toujours une réponse de la part de Santé Canada et le ministre de la Santé et du Mieux-être.

Cas n° 2

Cette femme de 44 ans a été admise à l'hôpital le 4 avril 2001 pour subir une intervention chirurgicale au dos afin de régler des problèmes de disque intervertébral. Elle avait déjà été opérée dans le passé pour le même problème et avait des antécédents de consommation régulière de médicaments contre la douleur, notamment de l'amitriptyline pour les maux de dos et la fibromyalgie, au cours de la décennie précédente.

À la suite de la chirurgie, le pronostic était bon et la femme était mobile, bien qu'elle se plaignait de la difficulté de maîtriser sa douleur. Différents antalgiques lui ont été administrés sous la direction du médecin. Bien que les signes d'une récupération complète aient été au départ encourageants, la femme a fait un arrêt cardio-respiratoire un peu plus tard au cours de la journée et est décédée (5 avril 2001). Puisque ce décès était inattendu, les autorités de l'hôpital en ont informé le coroner, qui a demandé une autopsie et une analyse toxicologique.

Other Cases of Interest continued

Following her death, the surgeon reviewed the amount and types of medication used for pain control to ensure that she was not over-medicated, and reviewed the results of the toxicology and post-mortem reports. Consequently, he notified the coroner that the toxicological report showed supra-therapeutic effects of the two drugs administered under his instructions. More importantly, however, it showed the presence of amitriptyline at a toxic level, a drug he had not prescribed and was not documented as having been administered by any hospital staff. The surgeon and hospital staff discussed the significance of this finding with the Coroner's office and at this point, the coroner asked the police to assist in the investigation, particularly to eliminate the possibility of any foul play. In May 2003, the police advised that they found no evidence of foul play.

The investigation did demonstrate that while in hospital, the patient had access to her personal medications, prescribed by her family physician. In fact, she had access while still recovering from her surgery and while receiving significant amounts of medication for pain control, under her physician's orders. The circumstances documented by the coroner and the police, together with the medical evidence demonstrates clearly that the drug, amitriptyline, contributed to her death. How she ingested the drug was at issue, and whether or not she personally accessed the drug herself could not be conclusively established. It appears that she accessed her personal medications that were still taped in a hospital "patient garment bag" under her bed.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

À la suite de ce décès, le chirurgien a vérifié les types d'antalgiques ainsi que les posologies administrées afin d'écarter toute possibilité de surdose. Il a ensuite examiné les résultats de l'analyse toxicologique et de l'autopsie. Il a informé le coroner du fait que le rapport d'analyse toxicologique faisait état des effets supra-thérapeutiques de deux des médicaments administrés à sa demande. Plus important encore, on indiquait dans le rapport d'analyse toxicologique la présence d'une dose toxique d'amitriptyline, un médicament qu'il n'avait pas prescrit et qui, selon les plans de soin, n'avait jamais été administré par le personnel de l'hôpital. Le chirurgien et le personnel de l'hôpital ont discuté de l'importance de cette donnée avec le Bureau du coroner. Le coroner a ensuite demandé à la police de l'aider dans son enquête afin d'écarter toute hypothèse d'acte criminel. En mai 2003, la police a indiqué qu'elle n'avait relevé aucun signe d'acte criminel.

L'enquête a permis de démontrer que la patiente avait eu accès à ses médicaments personnels, prescrits par son médecin de famille, au cours de son hospitalisation. Elle avait en effet eu accès à ces médicaments pendant qu'elle se remettait de la chirurgie et qu'elle recevait les doses importantes d'antalgiques prescrites par le chirurgien. Les données recueillies par le coroner et la police ainsi que les données médicales permettent de démontrer clairement que la consommation d'amitriptyline a contribué au décès de la victime. On n'a toutefois pas pu déterminer de quelle façon elle a pu ingérer le médicament et si, oui ou non, elle avait eu personnellement accès au médicament. Il semble toutefois qu'elle aurait réussi à avoir accès à ses médicaments personnels qui étaient fixés avec du ruban gommé au sac à effets personnels du patient placé sous son lit.

Other Cases of Interest continued

Given these facts, the coroner's discussions with hospital staff focussed on the declaration and control process used for personal medications upon admission to the hospital. As a result of this discussion, in the interests of prevention of future deaths, the coroner made the following recommendations:

1. That the Saint John Regional Hospital review the process of documenting, communicating and interpreting the patient's pre-surgery Nursing Admission Assessment form.

2. That the Saint John Regional Hospital develop a policy and procedure regarding patient's access to personal medications while in hospital.

3. That a protocol be developed to address the documentation, monitoring and control of personal medications while in hospital.

4. That in-patient teaching should include the potential risks associated with patients self-medicating.

The recommendations were forwarded to the AHSC and the Minister of Health & Wellness. The Minister of Health & Wellness reported that the recommendations had been forwarded to all Regional Health Authorities to be addressed.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Compte tenu de ces faits, les discussions du coroner avec le personnel de l'hôpital ont porté principalement sur le processus de déclaration et de contrôle utilisé pour les médicaments personnels lors de l'admission à l'hôpital. À la suite de ces discussions, afin de prévenir des morts à l'avenir, le coroner a fait les recommandations suivantes :

1. Que l'hôpital régional de Saint-Jean examine le processus de documentation, de communication et d'interprétation du formulaire d'évaluation de l'admission en soins infirmiers du patient avant la chirurgie.

2. Que l'Hôpital régional de Saint-Jean établisse une directive et des modalités régissant l'accès du patient à ses médicaments personnels au cours de son hospitalisation.

3. Qu'un protocole soit élaboré relativement à la documentation, à la surveillance et au contrôle des médicaments personnels pendant le séjour à l'hôpital.

4. Que les renseignements fournis aux patients hospitalisés comprennent les risques potentiels associés à l'automédication.

Les recommandations ont été soumises à la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique et au ministre de la Santé et du Mieux-être. Ce dernier a fait savoir que les recommandations avaient été transmises à toutes les régies régionales de la santé pour être mises en œuvre.

Other Cases of Interest continued

Response from AHSC:

Response to Recommendation #1

That the Saint John Regional Hospital review the process of documenting, communicating and interpreting the patient's pre-surgery Nursing Admission Assessment form.

The AHSC has clarified the importance of collecting, and verifying, information on a patient's home medications at different stages to ensure it is current (1) at the pre admission visit (2) at the time patient is admitted to the Nursing Unit and (3) on the day of surgery.

At the time of pre admission visit, the patient is given written instructions to bring to hospital all medications they are taking, in labeled bottles on the day of their surgery. They are also advised which medications to take prior to arrival as well as instructions not to take any diabetic pills or insulin.

Also at the pre admission visit, the Nursing Admission Assessment Form is completed, including a list of medications taken at home. The additional information i.e. what medication was taken today, and disposition of the medications is completed when the patient actually comes to hospital for surgery.

Whether the patient has their medication with them is reviewed again when the patient is admitted to the Nursing Unit, and the medications are removed from the patient's bedside and stored in a secure location according to hospital policy.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Réponse de la CSSA

Réponse à la recommandation n° 1

Que l'hôpital régional de Saint-Jean examine le processus de documentation, de communication et d'interprétation du formulaire d'évaluation de l'admission en soins infirmiers du patient avant la chirurgie.

La CSSA a insisté sur la nécessité de vérifier l'information relative aux médicaments personnels du patient lors des différentes étapes que sont 1) la visite précédant l'admission 2) l'admission à l'unité de soins et 3) le jour de la chirurgie.

Lors de la visite pré-admission, on fournit au patient des directives écrites lui indiquant qu'il doit, le jour de sa chirurgie, apporter avec lui tous ses médicaments dans des contenants étiquetés. On lui indique aussi quels médicaments il doit prendre avant de se rendre à l'hôpital. On précise également au patient diabétique qu'il ne doit pas prendre d'hypoglycémiant ou d'insuline avant de se rendre à l'hôpital.

Au cours de la visite pré-admission, on fait également remplir au patient un formulaire d'évaluation à l'admission aux soins infirmiers où l'on retrouve la liste des médicaments personnels du patient. Les renseignements additionnels, c'est-à-dire quels médicaments ont été pris au moment de l'arrivée à l'hôpital et l'entreposage des médicaments, sont inscrits au formulaire lorsque le patient se présente à l'hôpital en vue de sa chirurgie.

Au moment de son admission à l'unité de soins, on examine avec le patient les médicaments qu'il a apportés avec lui. Cela fait, on lui retire les médicaments et on les entrepose dans un endroit sûr, conformément à la politique de l'hôpital.

Othere Cases of Interest continued

Response to Recommendation #2

That the Saint John Regional Hospital staff undertake the development of a policy and procedure regarding patient's access to personal medications while in hospital.

The policy regarding home medications indicates that each facility shall have a designated area to store patient's home medications that are not used during their hospital stay. There shall also be a procedure for returning the patient's home medications upon discharge or transfer to another facility.

In addition to this policy, a new policy was adopted in October 2004 regulating the use of patient's home medications while in hospital. This policy includes the added safety of requiring that these medications be stored in the medication cart, not at the bedside and that the nurses administer them. It reiterates that the patient's own medications are returned to them upon discharge.

It must be noted that occasionally, patients refuse to give their medications to the nurse. In these cases, patients are advised to send the medications home and to not use them while in hospital. There is no right to search patient's belongings if the information is not forthcoming from the patient.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Réponse à la recommandation n° 2

Que l'Hôpital régional de Saint-Jean établisse une directive et des modalités régissant l'accès du patient à ses médicaments personnels au cours de son hospitalisation.

Selon la directive relative aux médicaments personnels des patients, chaque établissement doit prévoir un endroit précis pour l'entreposage des médicaments qui ne seront pas utilisés au cours du séjour à l'hôpital. Chaque établissement doit également prévoir les modalités de retour des médicaments personnels au patient au moment de son congé de l'hôpital ou de son transfert dans un autre établissement.

En plus de la directive susmentionnée, on a adopté en octobre 2004 une nouvelle directive régissant l'usage des médicaments personnels du patient au cours de son séjour à l'hôpital. On prévoit désormais que ces médicaments seront entreposés dans un chariot à médicaments plutôt que d'être laissés au chevet du patient, et que ce sont les infirmières qui seront chargées de l'administration de ces médicaments. On stipule également dans cette directive que les médicaments personnels devront être remis au patient au moment de son congé de l'hôpital.

On doit préciser qu'il arrive qu'un patient refuse de remettre ses médicaments personnels à l'infirmière. Dans ce cas, on indique au patient qu'il doit faire retourner ses médicaments à la maison et qu'il ne doit pas les utiliser pendant son hospitalisation. Le personnel de l'hôpital n'a cependant pas le droit de fouiller les effets personnels du patient.

Other Cases of Interest continued

Response to Recommendation # 3

That a protocol be developed to address the documentation, monitoring and control of personal medications while in the hospital.

Protocols for documentation and control are currently in place.

The monitoring and control of personal medications is regulated by the Policy on **Use of Patient's Own Readily Identifiable Medication**, October 2004, as noted in response to #2 Recommendation above.

The Regional Health Authority has also recently hired a Documentation Co-ordinator who will help to standardize the documentation for patient focused care and who will, in concert with the Nursing Policy Committee, make any required changes to the forms to capture/clarify the required information.

Response to Recommendation # 4

That in-patient teaching should include the potential risks associated with patients self-medicating.

At the present time, all pre-admission patients are advised to take only the medications listed on their Patient Information Record.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Réponse à la recommandation n° 3

Qu'un protocole soit élaboré relativement à la documentation, à la surveillance et au contrôle des médicaments personnels pendant le séjour à l'hôpital.

Des protocoles de documentation et de gestion sont actuellement en place.

La surveillance et la gestion des médicaments personnels sont régies par une directive sur l'utilisation des médicaments personnels facilement identifiables du patient (***Use of patient's Own Readily Identifiable Medication***) datée d'octobre 2004, en réponse à la deuxième recommandation.

En outre, la régie régionale de la santé a récemment embauché un coordonnateur de la documentation qui travaillera à standardiser la documentation afin d'optimiser les soins aux patients et qui, de concert avec le comité des directives sur les soins infirmiers, veillera à apporter les correctifs nécessaires aux formulaires afin de permettre une meilleure saisie des données requises.

Réponse à la recommandation n° 4

Que les renseignements fournis aux patients hospitalisés comprennent les risques potentiels associés à l'automédication.

On indique actuellement aux patients, au moment de la visite de pré-admission, de ne prendre que les médicaments figurant sur leur fiche de renseignements relatifs au patient.

Other Cases of Interest continued

The Regional Health Authority has recently completed a Visitor's Guide (August 2004) which can be accessed by all patients and/or their families and includes some general guidelines on medications. Instructions for patient is also included in the Patient Services Directory, available at every patient's bedside, and on the website. The instructions state:

Bring all the medications you are currently taking regularly at home. Give them to your nurse for safekeeping. They will be used to determine your medication orders and you may be asked to use your home medications while in hospital. Bring a list of medications to which you are allergic or sensitive. You should not take your own medications while a patient in hospital without the knowledge and consent of your doctor and nursing staff.

See: http://www.ahsc.health.nb.ca/yourstay.shtml

Case # 3

On Sunday, April 21, 2002, the Rothesay Regional Police Force received a call advising them that a witness saw a vehicle go off the Gondola Point Ferry landing, travelling at a good rate of speed. The weather conditions at the time were reported as raining and very foggy and it was just after midnight.

The vehicle in question was located the next morning and the body of a 48 year old male was found in the vehicle's back seat. The autopsy revealed the cause of death was due to drowning.

Autres cas dignes d'intérêt (suite)

La régie régionale de la santé a récemment rédigé un guide du visiteur (août 2004) contenant des lignes directrices générales relatives aux médicaments. Les patients et/ou leur famille peuvent consulter ce guide lorsqu'ils visitent nos établissements. Les patients ont aussi accès à des directives dans la liste des services offerts aux patients qu'on retrouve au chevet de chaque lit ou sur le site Web. Les instructions déclare :

Apportez tous les médicaments que vous prenez habituellement à la maison. Remettez-les à votre infirmier ou à votre infirmière, qui les gardera en lieu sûr. Ils serviront à déterminer votre ordonnance (ou besoin en médicament). On pourra vous demander de prendre ces médicaments lors de votre séjour à l'hôpital. Apportez aussi la liste des médicaments auxquels vous êtes allergique ou sensible. Pendant votre séjour à l'hôpital, vous ne devriez pas prendre vos propres médicaments sans l'autorisation de votre médecin ou du personnel infirmier.

Source :
http://www.ahsc.health.nb.ca/yourstayfr.shtml

Cas n° 3

Le dimanche 21 avril 2002, le service de police régional de Rothesay a reçu un appel l'avisant qu'un témoin avait vu un véhicule quitter le débarcadère du traversier de Gondola Point alors qu'il circulait à bonne vitesse. Les conditions météorologiques à ce moment-là étaient pluvieuses et très brumeuses et il était juste après minuit.

Le véhicule en question a été retrouvé le lendemain matin et le corps d'un homme de 48 ans reposait sur la banquette arrière. L'autopsie a révélé que la cause du décès était attribuable à une noyade.

Other Cases of Interest continued

The coroner's investigation revealed that the deceased was not from the Saint John area and was not familiar with the roads, ferry approaches, etc. The combined effect of unfamiliarity with the area, the visibility conditions and an error in directions led to the accident. The coroner's investigation also raised questions about the adequacy of lighting and markings to alert drivers that this particular road terminates in the ferry approach.

The coroner recommended that the Department of Transportation consider the following changes in the interests of preventing deaths in the future:

1. Place a second set of flashing lights further away from the ferry landing.
2. Place rumble strips on the roadway before getting to the last set of flashing lights.
3. Give consideration to any other appropriate additional safety features.

The Minister of Transportation responded that as a result of this request, the Department undertook an engineering study of the traffic warning devices. The study included a review of all signage and lighting, consideration of rumble strips and a five-year collision history of the location. The study concluded that the signing and lighting currently installed meets or exceeds the Department's standards and that rumble strips could create other safety concerns. However, the Department committed to enhance the signage size, add a second stop sign, removing other signs adjacent to the stop sign and realigning the existing flashing red lights to ensure maximum visibility.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

L'enquête du coroner a révélé que l'homme décédé n'était pas de la région de Saint-Jean et qu'il ne connaissait pas bien les routes, les voies d'accès au traversier, etc. L'effet conjugué du manque de connaissance de la région, des conditions de visibilité et d'un manque d'orientation a mené à l'accident. Au cours de son enquête, le coroner s'est par ailleurs interrogé à savoir si l'éclairage et le marquage étaient suffisants pour alerter les conducteurs que cette route se terminait par la voie d'accès au traversier.

Le coroner a recommandé que le ministère des Transports envisage d'apporter les changements suivants afin de prévenir des morts à l'avenir :

1. Placer un deuxième feu clignotant un peu plus loin du débarcadère du traversier.
2. Placer des bandes rugueuses sur la route avant le dernier feu clignotant.
3. Prendre en considération toutes autres mesures de sécurité additionnelle appropriées.

Le ministre des Transports a répondu que, à la suite de cette demande, le ministère a entrepris une étude technique des dispositifs d'avertissement. L'étude a inclus un examen de la signalisation et de l'éclairage, l'examen de la possibilité d'utiliser des bandes rugueuses et un historique des collisions survenues à cet endroit depuis cinq ans. L'étude a conclu que la signalisation et l'éclairage actuels respectent ou dépassent les normes du ministère et que des bandes rugueuses pourraient créer d'autres préoccupations en matière de sécurité. Toutefois, le ministère s'est engagé à installer des panneaux de signalisation plus grands, à ajouter un deuxième panneau d'arrêt, à retirer d'autres panneaux adjacents au panneau d'arrêt et à modifier l'alignement du feu rouge clignotant actuel pour assurer une visibilité maximale.

Other Cases of Interest continued

Case # 4

This 17 year old male died in hospital on April 30, 2001 following an accident in Bathurst, N.B. on April 26th, while proceeding on a green light at the intersection of Main and Bridge Streets in Bathurst. A fire truck, responding to a 9-1-1 call, struck his vehicle on the driver's side. The driver of the fire truck slowed down but did not stop upon coming into the intersection, while the light was red, as he perceived clear passage for the emergency vehicle. Following the accident, charges were laid under the Criminal Code and Motor Vehicle Act, against the driver, a volunteer firefighter, resulting in a conviction. The trial and appeal process were concluded by the summer of 2004.

The coroner's investigation confirmed the identity of the deceased and the cause of death and was concluded in August 2004. The coroner found that the circumstances of the case were heard during the trial of the firefighter and well covered in the media. The coroner noted that another death in the same year involving a fire truck in Edmundston had resulted in a public inquest and recommendations from the jury were applicable in this case. The actions taken by the Office of the Fire Marshal in response to the jury's recommendations on the Michaud inquest led to improved standards and a specific training program for drivers of NB fire trucks. Consequently, the coroner did not recommend an inquest but made some additional recommendations:

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cas n° 4

Ce jeune homme âgé de 17 ans est décédé à l'hôpital le 30 avril 2001 à la suite d'un accident de la route survenu à Bathurst (Nouveau-Brunswick), le 26 avril 2001. Alors que le jeune homme s'engageait dans l'intersection située entre les rues Main et Bridge à la faveur d'un feu vert, son véhicule a été happé du côté du conducteur par un camion de pompier répondant à un appel du 9-1-1. Le conducteur du camion de pompier a ralenti, mais ne s'est pas arrêté à l'intersection alors que le feu de circulation était rouge parce qu'il croyait que la voie était libre. À la suite de cet accident, on a déposé, en vertu du *Code criminel* et de la *Loi sur les véhicules à moteur*, des accusions contre le conducteur du camion de pompier, un pompier volontaire. Le conducteur a par la suite été trouvé coupable des accusations déposées contre lui. Le procès et de processus d'appel se sont déroulés avant l'été 2004.

L'enquête du coroner a permis de confirmer l'identité de la victime ainsi que la cause du décès. Le dossier a été fermé en août 2004. Le coroner a constaté qu'on avait adéquatement traité des circonstances du décès pendant le procès et que les médias en avaient fait une couverture appropriée. Le coroner a indiqué qu'un décès était survenu dans des circonstances semblables à Edmundston au cours de la même année. Ce cas avait fait l'objet d'une enquête du coroner et le jury avait émis des recommandations qui pouvaient également s'appliquer au cas survenu à Bathurst. Les mesures prises par le Bureau du prévôt des incendies à la suite des recommandations effectuées pour le cas Michaud se sont soldées par une amélioration des normes régissant ce domaine ainsi que par l'amélioration de la formation spécifique offerte aux conducteurs de camions de pompier du Nouveau-Brunswick. Le coroner n'a pas cru bon de recommander la tenue d'une enquête du coroner, mais a cependant effectué quelques recommandations additionnelles, soit :

Other Cases of Interest continued

1. That the Fire Marshal shall issue a yearly bulletin reminding fire fighters of their responsibilities under the Motor Vehicle Act.

2. That all municipal and regional Fire Departments shall adhere to the National Fire Protection Association (N.F.P.A.) 1451 Standard regarding stopping at all controlled intersections.
3. That the Provincial Government introduce a Fire Act enabling the Fire Marshal to enforce all policy changes and recommendations.

The recommendations were forwarded to the Department of Public Safety and the Department of Environment & Local Government for review.

The Minister of Public Safety advised that since 2001, the Fire Marshal continues to emphasize the responsibility of service personnel, required to drive fire trucks and other emergency vehicles, to comply with the *Motor Vehicle Act*. The Fire Service Training Standard Advisory Committee adopted the national standard for a Fire Service Operations Training Program. The standard is now incorporated in the curriculae for both training delivery agents in the province. Since 2001, the Fire Marshal has advocated adhering to this standard in training and has issued three bulletins to Fire Chiefs specifically dealing with driver responsibilities. In addition, information on driver responsibilities is available on the Fire Marshal web site at http://www.gnb.ca/0276/fire/pdf/bulletins/2004-06-e.pdf.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

1. Que le prévôt des incendies publie un bulletin annuel rappelant aux pompiers les responsabilités qui leur incombent en vertu de la *Loi sur les véhicules à moteur*.
2. Que tous les services d'incendie municipaux et régionaux se conforment à la norme 1451 de la National Fire Protection Association (N.F.P.A.) relativement à l'arrêt obligatoire à toutes les intersections gérées par des feux de circulation.
3. Que le gouvernement provincial dépose une *Loi sur les incendies* permettant au prévôt des incendies de mettre en œuvre toutes les recommandations et modifications des politiques.

Les recommandations ont été transmises au ministère de la Sécurité publique et le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux.

Le ministre de la Sécurité publique a précisé que, depuis 2001, le prévôt des incendies continue d'exiger du personnel qui conduit les camions de pompier et les autres véhicules de secours qu'il respecte la *Loi sur les véhicules à moteur* dans l'exercice de ses fonctions. Le comité consultatif du prévôt des incendies sur les normes de formation des services d'incendie a adopté la norme nationale relative au programme de formation aux opérations des services d'incendie. La norme est désormais incluse à la formation des deux agents formateurs de la province. Depuis 2001, le prévôt des incendies a insisté pour qu'on respecte cette norme de formation et a émis trois bulletins traitant des responsabilités des conducteurs des véhicules de secours à l'intention des chefs de pompiers. De plus, on peut consulter l'information relative aux responsabilités des conducteurs sur le site Web du prévôt des incendies, à l'adresse suivante : http://www.gnb.ca/0276/fire/pdf/bulletins/2004-06-e.pdf.

Othere Cases of Interest continued

Regarding recommendation # 3, the Minister advises that dialogue on the introduction of a Fire Act is underway with the New Brunswick Association of Fire Chiefs.

The Minister also advises that all police officers receive emergency vehicle driver training. Moreover, their actions are governed by a policy approved by all Chiefs of Police on the 'police vehicle pursuits'. This policy also emphasizes that police officers must have due regard for the safety of the public.

The recommendations were forwarded to the Minister of Environment and Local Government in September 2004 and as of the date of publication we are awaiting a response.

Case # 5

This 18 year old male died following an in-hospital dental procedure, done under general anaesthetic. This 18 year old, mentally disabled male had an extensive medical history of cerebral palsy, severe muscle spasticity, seizure disorder and respiratory difficulties. He was not able to communicate verbally, was fed by a gastric tube and had been on 24 hour oxygen for several years. He was a ward of the province and lived with the same foster parents for the past sixteen years. He received periodic respite care in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) at the local Hospital, to provide a rest period for his foster parents and consequently was well known to the PICU staff.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

En ce qui a trait à la troisième recommandation, le ministre a indiqué qu'on avait entrepris un dialogue avec l'Association des chefs de pompiers du Nouveau-Brunswick relativement à l'instauration d'une loi sur la lutte contre les incendies.

Le ministre a aussi indiqué que tous les agents de police reçoivent une formation spécialisée pour la conduite de leurs véhicules. De plus, leur comportement est régi par une directive approuvée par tous les chefs de police relativement aux poursuites effectuées avec des véhicules de police. La directive insiste sur le fait que les agents de police doivent toujours s'assurer de ne pas compromettre la sécurité du public.

Les recommandations ont été transmises au ministre de l'Environnement et des Gouvernements locaux en septembre 2004. On attendait toujours sa réponse au moment de la publication du rapport.

Cas n° 5

Un jeune homme âgé de 18 ans est décédé à l'hôpital à la suite d'une intervention dentaire effectuée sous anesthésie générale. Cet homme de 18 ans souffrant d'un handicap mental avait des antécédents médicaux chargés de paralysie cérébrale, de spasticité musculaire grave, de convulsions et de difficultés respiratoires. Il n'était pas capable de communiquer verbalement, était nourri à l'aide d'une sonde gastrique et avait besoin d'oxygène en tout temps depuis plusieurs années. Il avait été pris en tutelle par le gouvernement provincial et vivait avec les mêmes parents de famille d'accueil depuis seize ans. Il recevait périodiquement des services de relève aux soins intensifs pédiatriques de l'hôpital local pour que ses parents d'accueil aient une période de repos et il était donc bien connu du personnel des soins intensifs pédiatriques.

Othere Cases of Interest continued

The decision to proceed with the extraction was done following a review by a dental surgeon and an anaesthesiologist who discussed the risks and the merits of local versus a general anaesthestic with the foster mother.

Six months later, the foster mother made tentative arrangements for the procedure to be done during hospitalization for respite care and advised the social worker of the likelihood of the procedure. The foster mother communicated her assumption to the PICU nursing staff that a local sedation would be used because of his compromised respiratory system. The social worker signed the consent form, in the absence of the foster parents, at the request of nursing staff, but did not have a discussion with the anaesthesiologist nor dental surgeon.

The review of the file demonstrates a number of communication issues among the medical professionals and between the medical professionals, the foster parents and social worker. The file review conducted by the hospital confirms their belief that the procedure was medically necessary, and two anaesthesiologists made the judgement that a general anaesthestic was required, despite the risks. However, due to the absence of the foster mother on the day of the procedure, she was unaware of the final decision to use a general anaesthetic. Consequently, following the death, both foster parents expressed the view that they would have not agreed to proceed with this approach.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

La décision de procéder à l'extraction a été prise à la suite d'une rencontre avec le chirurgien dentiste et l'anesthésiste qui avaient alors discuté des risques et des bienfaits inhérents à une anesthésie locale par rapport à une anesthésie générale avec la femme chargée de la garde du jeune homme.

Six mois plus tard, la femme chargée de la garde du jeune homme a fait des arrangements préliminaires pour que l'intervention ait lieu au cours de l'hospitalisation aux fins du service de relève et a informé la travailleuse sociale de la possibilité de l'intervention. La dame a également indiqué au personnel des soins intensifs pédiatriques qu'elle croyait qu'on procéderait à une anesthésie locale en raison des difficultés respiratoires du jeune homme. En l'absence des personnes ayant la garde du jeune homme, la travailleuse sociale a signé le formulaire de consentement à la demande du personnel des soins intensifs pédiatriques, mais n'a jamais discuté de l'intervention avec l'anesthésiste ou le chirurgien dentiste.

L'examen du dossier démontre un certain nombre de problèmes de communication parmi les professionnels de la santé et entre les professionnels de la santé, les parents de la famille d'accueil et le travailleur social. L'examen du dossier effectué par les représentants de l'hôpital confirme leur conviction que l'intervention était médicalement nécessaire, et deux anesthésistes ont jugé qu'une anesthésie générale était requise, malgré les risques. Toutefois, en raison de son absence le jour de l'intervention, la mère d'accueil n'a pas été mise au courant de la décision finale d'avoir recours à une anesthésie générale. Par conséquent, après le décès, les parents de la famille d'accueil ont exprimé l'opinion qu'ils n'auraient pas accepté d'adopter une telle approche.

Other Cases of Interest continued

This case illustrates the importance of clear communication between all parties in cases of special needs patients who cannot understand nor communicate on their own. This includes the medical practitioners from all disciplines as well as the foster parents and those with the legal responsibility for the patient.

The Hospital has reviewed their handling of the case and made a number of recommendations. The coroner has endorsed these and made some additional recommendations.

Recommendations of the Regional Health Authority (endorsed by the Coroner):

A1. Processes for scheduling inpatients for surgery {should} be reviewed to improve communication between the Surgeon, Anaesthesiologist, attending physician and the nursing unit.

- All patients admitted for respite care who will also be having active treatment, must have those treatments clearly planned with the attending physician in the appropriate unit prior to admission.
- All chronic inpatients should be assessed by the attending physician prior to surgery.
- All patients seen in the pre-assessment clinic greater than three months prior to their surgery, should be re-assessed by the anaesthesiologist.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Ce cas illustre l'importance d'une bonne communication entre toutes les parties dans le cas de patients ayant des besoins spéciaux qui ne peuvent ni comprendre ni communiquer par eux-mêmes. Cela inclut les professionnels de la santé de plusieurs disciplines ainsi que les parents de la famille d'accueil et les personnes qui ont la responsabilité légale du patient.

L'hôpital a examiné la façon dont ils se sont occupés de cette affaire et a formulé un certain nombre de recommandations. Le coroner les a approuvées et a fait quelques recommandations additionnelles.

Recommandations de la régie régionale de la santé (approuvées par le coroner) :

A1. Les processus de planification des interventions chirurgicales des malades hospitalisés {devraient} être examinés pour améliorer la communication entre le chirurgien, l'anesthésiste, le médecin traitant et l'unité de soins infirmiers.

- Pour tous les patients admis pour des services de relève qui recevront également un traitement actif, ce traitement doit être clairement planifié avec le médecin traitant dans l'unité appropriée avant l'admission.
- Tous les malades chroniques hospitalisés devraient être évalués par le médecin traitant avant l'intervention chirurgicale.
- Tous les patients examinés dans la clinique de préévaluation plus de trois mois avant l'intervention chirurgicale devraient être réexaminés par l'anesthésiste.

Other Cases of Interest continued

A2. Consents for dental procedures should specify "Examinations under general anaesthetic, scaling and possible extractions, possible restorations" instead of EUA, which may not be clear to patients or families.

A3. For all children and/or persons who lack the capacity to consent, the Anaesthesiologist must have the opportunity to consult the substitute decision maker on the day of surgery or preferably immediately prior to the procedure.

A4. The policy on Peer Death Review should be revised to allow for/include multi-departmental participation where indicated.

A5. Health Care Professionals/Physicians who obtain consent for any child/persons who lacks capacity to consent must ensure the discussion takes place with the legal substitute decision maker.

The coroner endorsed these recommendations. He further recommended more expeditious death reviews, grief counselling for foster parents who have been long term caregivers and authorization of medial procedures by social workers be based on full knowledge of the risks.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

A2. Le consentement pour les services dentaires devrait préciser « Examen sous anesthésie générale, détartrage et possibilité d'extraction et de restauration » (Examinations under general anaesthetic, scaling and possible extractions, possible restorations) au lieu d'utiliser une abréviation (EUA, par exemple) qui peut ne pas être claire pour le patient ou la famille.

A3. Pour tous les enfants et les adultes qui n'ont pas la capacité de donner leur consentement, l'anesthésiste doit avoir la possibilité de consulter la personne qui prend les décisions à leur place le jour de l'intervention chirurgicale ou de préférence immédiatement avant l'intervention.

A4. La politique relative à l'examen des décès par les pairs devrait être révisée pour permettre la participation de plusieurs unités lorsqu'il y a lieu.

A5. Les professionnels de la santé et les médecins qui obtiennent un consentement pour tout enfant ou adulte qui n'a pas la capacité de donner son consentement doivent s'assurer que la discussion a lieu avec le mandataire légal.

Le coroner s'est dit d'accord avec ces recommandations et a aussi recommandé qu'on procède plus rapidement à l'examen des cas de décès, qu'on fournisse des services de counselling aux familles d'accueil à long terme en cas de deuil et que les travailleurs sociaux soient informés de tous les risques inhérents à une intervention médicale avant qu'on leur demande de fournir leur consentement.

Other Cases of Interest continued

The recommendations were forwarded to the Minister of Health & Wellness, Minister of Family & Community Services, the Registrar of College of Physicians and Surgeons and the Registrar, NB Dental Society for response. In addition, Ontario's Pediatric Death Review Committee has been asked to review the case for any additional process changes.

The NB Dental Society has advised that an ad hoc committee will review and redraft their consent forms. In addition, bulletins to the membership will emphasize the importance of obtaining adequate informed consent from parents, foster parents and guardians.

The College of Physicians and Surgeons noted their concern with the legislative and regulatory framework regarding the issue of substitute consent for non-surgical procedures. The College recommended that in instances of a longstanding foster care relationship, consideration should be given to delegation of decisions to the foster parents.

The Minister of Family & Community Services has advised that a section will be included in the Child-in-Care Program Standards outlining the procedures to be undertaken by social workers when a child with special needs under permanent care undergoes a planned medical procedure. Specifically, the social worker, as the Minister's agent, will communicate with the foster parents to obtain all the medical information and medical professionals to be fully apprised of the risks before signing the consent.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les recommandations ont été soumises au ministre de la Santé et du Mieux-être, au ministre des Services familiaux et communautaires, au registraire du Collège des médecins et chirurgiens et au registraire de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick pour qu'ils y répondent. De plus, le Pediatric Death Review Committee de l'Ontario a été invité à examiner le cas pour apporter des changements additionnels au processus au besoin.

La Société dentaire du Nouveau-Brunswick a annoncé qu'un comité spécial examinera et remaniera les formulaires de consentement. De plus, les bulletins envoyés aux membres insisteront sur l'importance d'obtenir un consentement éclairé des parents, des parents de famille d'accueil et des tuteurs.

Le Collège des médecins et des chirurgiens a fait part de ses inquiétudes relativement au cadre législatif et de réglementation concernant le consentement par une tierce personne pour toute intervention de nature non chirurgicale. Le Collège a recommandé que, dans le cas d'une garde en famille d'accueil à long terme, ces personnes soient consultées relativement à la délégation du pouvoir de décision.

Le ministre des Services familiaux et communautaires a annoncé qu'une section sera incluse dans les Normes des enfants sous soins pour décrire les procédures que doivent suivre les travailleurs sociaux lorsqu'un enfant ayant des besoins spéciaux et recevant des soins permanents subit un acte médical planifié. Explicitement, le travailleur social, à titre d'agent du ministre, doit communiquer avec les parents d'accueil pour obtenir tous les renseignements médicaux pertinents et avec les professionnels de la santé pour être pleinement informé des risques avant de signer le consentement.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Health & Wellness advised that the coroner's recommendations have been forwarded to all Regional Health Authorities (RHAs). The Minister recognized the importance of sufficient communication between hospital staff and social workers and has requested that the RHAs report on mechanisms implemented in relation to the recommendations.

The observations made by the NB Dental Society, the College of Physicians and Surgeons and any relevant findings from the Ontario Pediatric Death Review Committee will be forwarded to the Minister of Health & Wellness and the Minister of Family and Community Services for consideration.

Case # 6

Our office conducted an investigation into the death of a 95 year old female following a complaint by her family concerning the circumstances of her death at a retirement facility.

During the course of our investigation, it became clear that this facility was a retirement living facility, not a nursing home and not regulated by any government agency, including the Department of Family & Community Services. However, the review of the circumstances following her death did identify a number of issues and resulted in the owners of the facility making a number of changes.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a informé les Services des coroners que les recommandations du coroner avaient été transmises à toutes les régies régionales de la santé. Il a reconnu l'importance de maintenir une communication adéquate entre le personnel hospitalier et les travailleurs sociaux et a demandé aux régies régionales de la santé de lui faire rapport des mécanismes mis en œuvre en réponse aux recommandations.

Les observations de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick, du Collège des médecins et des chirurgiens ainsi que toute conclusion pertinente de la part du comité ontarien sur le décès d'enfants seront transmises aux ministres de la Santé et du Mieux-être et des Services familiaux et communautaires.

Cas n° 6

Notre bureau a effectué une enquête sur la mort d'une dame de 95 ans à la suite d'une plainte de sa famille concernant les circonstances de son décès dans une maison de retraite.

Au cours de notre enquête, il est devenu évident que l'établissement en question était un centre de vie autonome pour personnes âgées et non un foyer de soins, et qu'il n'était réglementé par aucun organisme gouvernemental, y compris le ministère des Services familiaux et communautaires. Toutefois, l'examen des circonstances après le décès a permis de relever un certain nombre de problèmes et a incité les propriétaires de l'établissement à apporter un certain nombre de changements.

Other Cases of Interest continued

This 95 year old woman had lived at a retirement facility for some ten years. Although they offer three levels of service, she received the most independent service and did not require any nursing care. Despite this history of active, independent living, she suddenly suffered a stroke at her residence and was not discovered for several days whereupon she was transferred by ambulance to the Moncton Hospital on June 28, 2003. Her condition deteriorated until her demise on August 5, 2003.

Following their review of the circumstances with the coroner, the company has instituted a number of provisions to monitor the safety and security of the residents, while respecting their privacy and independence. These include:

1. The front desk will ensure that the Resident attendant checks the resident's suite daily if the resident fails to pick up the daily newspaper.
2. The Dining Room Checklist of those who have attended meals has been modified to indicate that a room check was done for any guests who did not attend meals. The Director of Resident Care will review this list daily.
3. Remind staff of the need to confirm all pages received and evaluate the effectiveness of the paging system.
4. Communication Board located appropriately to provide for tracking the residents who are in and out of the building.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Cette dame de 95 ans vivait dans une maison de retraite depuis environ dix ans. Bien que trois niveaux de services étaient offerts, elle recevait les services s'adressant aux personnes les plus autonomes et n'avait pas besoin de soins infirmiers. Malgré ces antécédents de vie active et autonome, elle a soudainement subi une crise cardiaque dans sa résidence et n'a été découverte que plusieurs jours plus tard. Elle a alors été transférée par ambulance à l'hôpital de Moncton le 28 juin 2003. Son état s'est détérioré jusqu'à son décès le 5 août 2003.

Après leur examen des circonstances avec le coroner, les propriétaires ont mis en œuvre un certain nombre de dispositions afin d'assurer la sécurité des résidents tout en respectant leur vie privée et leur indépendance. Parmi ces dispositions, mentionnons les suivantes :

1. Le réception veillera à que le préposé aux résidents vérifie la suite des résidents tous les jours si ceux-ci ne viennent pas chercher le journal quotidien.
2. La liste de contrôle des résidents qui ont pris leur repas à la salle à manger a été modifiée pour indiquer qu'une vérification de la chambre a été faite pour toutes les personnes qui ne sont pas venues manger. Le directeur des soins aux résidents examinera cette liste tous les jours.
3. On rappellera aux membres du personnel qu'il est nécessaire de confirmer tous les messages reçus et on évaluera l'efficacité du système de radiomessagerie.
4. Le tableau de communication doit être situé à un endroit approprié pour effectuer le suivi des résidents qui sortent et qui entrent.

Other Cases of Interest continued

The case circumstances and recommendations were provided to the Minister of Family and Community Services. Although they do not regulate these facilities, individuals who are opening facilities of this type may seek direction on best practices. In the same regard, the case was highlighted to the Department of Public Safety, as the Department responsible for the Office of the Fire Marshal.

The Minister of Family & Community Services has noted the provisions put into effect to improve the safety and security of residents and will retain them as suggestions for similar organizations seeking direction on how to ensure the well being of their residents.

The Minister of Public Safety noted that the Office of the Fire Marshal will be sharing the recommended steps instituted by the company with the Assistant Fire Marshals and the New Brunswick Fire Prevention Officers. Although Public Safety does not regulate these facilities, individuals often seek directions from Fire Prevention Officers and providing the information may save lives.

Case # 7

The death of a 53 year old male occurred following surgery at the Oromocto Hospital in December 2003. He was admitted to the Oromocto General Hospital for a laparoscopic inguinal hernia repair. During the course of this procedure, he sustained injuries and surgeons from the Dr. Everett Chalmers were brought in to assist. He was subsequently transferred by ambulance to the Dr. Everett Chalmers in critical condition where he expired.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les circonstances du cas et les recommandations ont été envoyées au ministre des Services familiaux et communautaires. Bien que ces établissements ne soient pas réglementés, les propriétaires peuvent demander un avis sur les meilleures pratiques. À cet égard, le ministère de la Sécurité publique, qui est le ministère responsable du Bureau du prévôt des incendies, a été informé du cas.

Le ministre des Services familiaux et communautaires a pris note des dispositions qui ont été prises pour améliorer la sécurité des résidents et les retiendra pour les suggérer à des organismes semblables qui demanderont des conseils sur la façon d'assurer le bien-être de leurs résidents.

Le ministre de la Sécurité publique a indiqué que le Bureau du prévôt des incendies fera part au prévôt des incendies adjoint et aux agents chargés de la prévention des incendies du Nouveau-Brunswick des mesures prises par l'entreprise. Bien que le ministère de la Sécurité publique ne réglemente pas de tels établissements, les propriétaires demandent souvent conseil aux agents chargés de la prévention des incendies et ce partage d'information pourrait sauver des vies.

Cas n° 7

Le décès d'un homme de 53 ans est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale à l'hôpital d'Oromocto en décembre 2003. Il a été admis à l'hôpital général d'Oromocto pour la réparation d'une hernie inguinale par laparoscopie. Au cours de l'intervention, il a subi des blessures et les chirurgiens de l'hôpital Dr. Everett Chalmers ont été appelés pour apporter leur aide. Le patient a par la suite été transféré dans un état critique par ambulance à l'hôpital Dr. Everett Chalmers, où il est décédé.

Other Cases of Interest continued

The circumstances of the case and recommendations were forwarded to the Minister of Health & Wellness and to the College of Physicians and Surgeons for review. The unique circumstances of this case may provide a learning opportunity for medical students and practicing surgeons to prevent deaths in similar circumstances in the future.

However, the facts of the case also may warrant review of two additional areas:

1. where surgical procedures should be performed;
2. the resources required when such procedures result in complications.

The Minister of Health and Wellness responded that RHAs are required to comply with provisions in the Health Plan. Specifically, they must be organized to ensure continuous availability of high quality care by having sufficient health care professionals treating enough cases to maintain their skills.

The recommendations were forwarded to the College of Physicians & Surgeons in June 2004 and as of the date of publication we are awaiting a response.

Case # 8

This case involves the death of a 52 year old female who died as a result of a motor vehicle accident. The accident occurred at an intersection where there was no advance warning of a requirement to stop ahead and the view of traffic was obscured by

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Les circonstances du cas et les recommandations ont été envoyées au ministre de la Santé et du Mieux-être et au Collège des médecins et chirurgiens à des fins d'examen. Les circonstances uniques de ce cas pourraient fournir aux étudiants en médecine et aux chirurgiens l'occasion d'acquérir des connaissances afin de prévenir des décès dans des circonstances semblables dans l'avenir.

Toutefois, les faits entourant ce cas justifieraient également l'examen de deux domaines additionnels :

1. l'endroit où les interventions chirurgicales devraient avoir lieu;
2. les ressources requises lorsque de telles interventions entraînent des complications.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a répondu que les régies régionales de la santé sont tenues de se conformer aux dispositions prévues dans le régime de soins médicaux. Explicitement, elles doivent assurer la disponibilité continue de soins de grande qualité en veillant à ce qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé traitent un nombre suffisant de cas pour maintenir leurs compétences.

Ces recommandations ont été transmises au Collège des médecins et des chirurgiens en juin 2004. Nous attendons toujours sa réponse au moment de la publication du rapport.

Cas n° 8

Ce cas porte sur le décès d'une femme de 52 ans qui a perdu la vie à la suite d'un accident de véhicule automobile. L'accident est survenu à une intersection dépourvue d'une présignalation d'arrêt obligatoire et à laquelle la circulation n'est pas très

Other Cases of Interest continued

buildings. The coroner recommended the installation of a "stop ahead" warning sign and a flashing light on the sign or the installation of an overhead flashing light and rumble strips.

The Minister of Transportation completed a site investigation and collision history. As a result, the Department did not deem rumble strips nor flashing lights appropriate but rather installed a "stop ahead sign".

Case # 9

This case involved the death of a 25 year old male, who died following a motor vehicle accident at the intersection of route 325 and 135 in Trudel. The accident occurred when his vehicle was struck by another vehicle proceeding through the stop sign, without stopping. The investigation demonstrated the need for improved warning of the need to stop.

1. That the guide sign going north on Route 11 at the intersection of Route 325 be modified, enlarging the Bathurst route. This would prevent all unnecessary traffic going on Route 325.
2. That the stop sign at the intersection of Route 325 and Route 135, when coming from Caraquet, be moved about ten feet to the left and that flashing lights be installed.
3. That the indication sign "Stop Ahead" located on Route 325, before the intersection, be enlarged and double-posted.
4. That a guide sign on Route 325, before you arrive at the intersection of Route 135, be added.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

visible en raison de la présence de bâtiments. Le coroner a recommandé l'installation d'un signal avancé d'arrêt obligatoire et d'un feu clignotant sur le panneau ou l'installation d'un clignotant surélevé et de bandes rugueuses.

Le ministre des Transports a effectué une enquête sur le lieu de l'accident et un historique des collisions. En conséquence, le ministère n'a pas jugé les bandes rugueuses ni les feux clignotants appropriés mais a plutôt installé un signal avancé d'arrêt obligatoire.

Cas n° 9

Un homme âgé de 25 ans est décédé à la suite d'un accident de la route survenu à l'intersection des routes 325 et 135, à Trudel. L'accident est survenu lorsque son véhicule a été embouti par un autre véhicule qui avait omis de s'arrêter au signal d'arrêt. L'enquête a fait ressortir la nécessité d'améliorer la signalisation indiquant qu'il faut immobiliser son véhicule.

1. Que le panneau indicateur sur la route 11 en direction nord à l'intersection de la route 325 soit modifié, élargissant la route vers Bathurst. Cela empêchera toute circulation inutile sur la route 325.
2. Que le panneau d'arrêt à l'intersection de la route 325 et de la route 135, en provenance de Caraquet, soit déplacé d'environ trois mètres (dix pieds) vers la gauche et que des feux clignotants soient installés.
3. Que le signal avancé d'arrêt obligatoire situé sur la route 325, avant l'intersection, soit agrandi et qu'un deuxième panneau soit installé.
4. Qu'un panneau indicateur soit ajouté sur la route 325, avant d'arriver à l'intersection de la route 135.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Transportation responded that all the coroner's recommendations were implemented, with the exception of moving the stop sign on Route 325. Rather, the angle of the stop sign was adjusted to enhance visibility in lieu of moving the sign and flashing lights were added to the stop sign.

Case # 10

This 33 year old female died of pneumonia while a resident of a Special Care Home. This death highlighted management issues and the absence of policies and procedures governing who makes the decision to seek medical attention. Consequently, Family & Community Services staff and the Coroner identified a number of areas for change. The recommendations highlighted the need for annual medical examinations for patients, adherence to patient-staff ratio, menu planning, training and protocols in first aid and CPR, and techniques to monitor vital signs and differentiation between physical and behavioral problems.

Organizational changes should ensure that staff have annual performance appraisals and development plans, note taking should be developed and incident reports and complaints should meet the Residential Facility Standards. Protocols should ensure that front line employees have the authority to seek medical attention, when necessary. Communication between staff, with patients and families should be improved and mechanisms put in place to receive feedback from front-line staff.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre des Transports a répondu que toutes les recommandations du coroner avaient été mises en œuvre, à l'exception du déplacement du panneau d'arrêt sur la route 325. L'angle du panneau d'arrêt a plutôt été ajusté pour améliorer la visibilité et des feux clignotants ont été ajoutés sur le panneau d'arrêt.

Cas n° 10

Cette femme de 33 ans est décédée d'une pneumonie alors qu'elle était résidente d'un foyer de soins spéciaux. Ce décès a mis en lumière les problèmes de gestion et l'absence de politiques et de procédures désignant la personne chargée de prendre la décision de consulter un médecin. Par conséquent, le personnel des Services familiaux et communautaires et le coroner ont ciblé un certain nombre de domaines où des changements s'imposent. Les recommandations ont exposé la nécessité de faire passer un examen médical annuel aux patients, le respect du ratio personnel/patient, la planification des menus, la formation et les protocoles en matière de premiers soins et de RCR et les techniques permettant de surveiller les signes vitaux et de différencier les problèmes physiques et les troubles du comportement.

Les changements organisationnels devraient inclure une évaluation annuelle du rendement des employés et des plans de perfectionnement. De plus, des notes devraient être prises et les rapports d'incident et les plaintes devraient respecter les normes des établissements résidentiels. Les protocoles devraient donner aux employés de première ligne le pouvoir de demander un avis médical au besoin. La communication entre les membres du personnel et avec les patients et les familles devrait être améliorée et des mécanismes mis en place pour recevoir de la rétroaction des employés de première ligne.

Other Cases of Interest continued

The Minister of Family & Community Services responded that all the recommendations have been implemented. Specifically, a policy manual has been developed and approved, staff has been trained and they are subject to annual performance evaluations. The Department continues to monitor for adherence.

Case # 11 – Drownings on the Tabusintac River

Three men drowned while sailing the Tabusintac River on Saturday afternoon, June 21, 2003 aboard a 14 foot fiberglass boat. The weather was warm and the water was calm that day, the men were experienced boaters and although life jackets were available, they did not wear the life jackets on this occasion.

At approximately 17h00, the driver of the boat proceeded in the channel in a depth of approximately 18 feet of water, when the boat came to a sudden halt, causing the occupants to be ejected into the water.

The investigation highlighted that commercial fishermen use the river to fish smelts and the debris might also pose a safety hazard. In addition, it seemed that the pickets were being cut just below the water line, rather than being removed and might have been part of the debris in the waterway. The investigation demonstrated that the vessel had also been significantly modified.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministre des Services familiaux et communautaires a répondu que toutes les recommandations avaient été mises en œuvre. Plus particulièrement, un manuel de politiques a été élaboré et approuvé, les employés ont reçu une formation et ils sont maintenant sujets à une évaluation annuelle du rendement. Le ministère continue de surveiller la mise en œuvre des recommandations.

Cas n° 11 – Noyades multiples – rivière Tabusintac

Trois hommes se sont noyé alors qu'ils faisaient de la voile dans une embarcation en fibre de verre de 14 pieds sur la rivière Tabusintac au cours de l'après-midi du 21 juin 2003. Le temps était chaud et l'eau était calme. Les hommes étaient des plaisanciers expérimentés. Ils ne portaient pas de gilet de sauvetage au moment de l'accident, mais il y avait des gilets de sauvetage à bord du bateau.

Aux alentours de 17 h, le barreur de l'embarcation s'est engagé dans un chenal de la rivière dont la profondeur est d'environ 18 pieds. Le bateau a alors fait un arrêt brusque et les occupants ont été éjectés de l'embarcation pour se retrouver à l'eau.

L'enquête a permis de déterminer que des pêcheurs commerciaux utilisent ces eaux pour la pêche à l'éperlan et que des débris présents dans l'eau pourraient avoir posé un risque d'accident. Il semble aussi qu'il y ait eu présence de piquets coupés juste au-dessous de la surface de l'eau au nombre des débris. Ces piquets auraient dû être enlevés plutôt que coupés de cette manière dans une zone de navigation. L'enquête a également permis de démontrer que le bateau avait subi d'importantes modifications.

Other Cases of Interest continued

During the course of the investigation, the local coroner and police met with local officials to discuss the findings of the investigation and recommendations to prevent other such deaths. During the course of the discussion, the officials were unable to clarify the respective jurisdictions of governments over fresh water and salt water areas. There was also some discussion concerning available funding for watershed clean-up, upon formal application.

The coroner made three recommendations:

1. Life jackets are believed to have been present in the boat at the time of the accident, but the victims who were poor to non-swimmers, did not wear them. Public education would be beneficial on the need to wear life jackets while boating.

2. The RCMP Dive Team came across numerous items on the river bottom and poles just below the surface, similar to those used by fishermen in open water fishing. A river clean up should be done before each boating season begins.

3. Modifications done on the boat were significant and may have led to a dangerous situation. Public education and regulation on the nature and extent of modifications to boats is required.

The recommendations were forwarded to Department of Agriculture, Fisheries and Aquaculture, Department of Natural Resources, Department of Environment and Local Government and Transport Canada (Boating Safety) for review.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Au cours de l'enquête, le coroner et les services de police locaux ont rencontré des représentants locaux afin de discuter des résultats de l'enquête et des recommandations à effectuer pour éviter que ne surviennent d'autres décès. Les parties en cause n'ont pas été en mesure de clarifier les responsabilités respectives des différents paliers de gouvernement relativement à la réglementation des eaux douces et des eaux salées. Ils ont également discuté des fonds disponibles pour le nettoyage des eaux, advenant le dépôt d'une demande officielle.

Le coroner a effectué trois recommandations :

1. On pense que des gilets de sauvetage étaient présents dans l'embarcation au moment de l'accident, mais que les occupants, qui ne savaient pas nager ou qui étaient des mauvais nageurs, ne les portaient pas. Il serait utile de sensibiliser le public relativement au port de gilets de sauvetage lors d'activités nautiques.

2. L'équipe de plongée de la GRC a trouvé de nombreux débris au fond de la rivière, notamment des piquets semblables à ceux utilisés par les pêcheurs qui pêchent en eaux libres et qui étaient situés directement sous la surface de l'eau. Il faudrait procéder au nettoyage de la rivière avant le début de chaque saison de navigation de plaisance.

3. L'embarcation avait subi d'importantes modifications qui ont pu poser un danger. Il faut sensibiliser le public aux règlements régissant la nature des modifications pouvant être apportées aux bateaux.

On a transmis les recommandations aux ministères de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture, des Ressources naturelles et de l'Environnement et des Gouvernements locaux ainsi qu'à Transports Canada (Bureau de la sécurité nautique) :

Other Cases of Interest continued

Response to Recommendation #1

Life jackets are believed to have been present in the boat at the time of the accident, but the victims who were poor to non-swimmers, did not wear them. Public education would be beneficial on the need to wear life jackets while boating.

Transport Canada advises that the Office of Boating Safety, together with its partners, the Life Saving Society, the Canadian Red Cross, the Canadian Marine Manufacturers Association, the Canadian Coast Guard Auxiliary and major police forces promote the need to wear lifejacket/personal flotation device while boating. This message is consistently conveyed through public awareness campaigns and advertising. The Department's website makes the Safe Boating Guide available to the general public at http://www.tc.gc.ca/BoatingSafety/compliance.htm.

Response to Recommendation #2

The RCMP Dive Team came across numerous items on the river bottom and poles just below the surface, similar to those used by fishermen in open water fishing. A river clean up should be done before each boating season begins.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Réponse à la recommandation n° 1

On pense que des gilets de sauvetage étaient présents dans l'embarcation au moment de l'accident, mais que les occupants, qui ne savaient pas nager ou qui étaient des mauvais nageurs, ne les portaient pas. Il serait utile de sensibiliser le public relativement au port de gilets de sauvetage lors d'activités nautiques.

Transports Canada a répondu que le Bureau de la sécurité nautique ainsi que ses partenaires, la Société de sauvetage, la Croix Rouge fournissant un cadre législatif permettant l'élimination de tout obstacle à la navigation. canadienne, la Canadian Marine Manufacturers Association ainsi que les forces policières permanentes et auxiliaires de la Garde côtière canadienne font régulièrement la promotion du port du gilet de sauvetage/vêtement de flottaison individuel lors des activités nautiques. Ce message est sans cesse véhiculé par l'intermédiaire de campagnes de sensibilisation et de publicité auprès du public. En outre, le ministère offre au public le Guide de sécurité nautique par l'intermédiaire du site Web suivant : http://www.tc.gc.ca/securitenautique/conformite.htm.

Réponse à la recommandation n° 2

L'équipe de plongée de la GRC a trouvé de nombreux débris au fond de la rivière, notamment des piquets semblables à ceux utilisés par les pêcheurs qui pêchent en eaux libres et qui étaient situés directement sous la surface de l'eau. Il faudrait procéder au nettoyage de la rivière avant le début de chaque saison de navigation de plaisance.

Other Cases of Interest continued

The Department of Environment and Local Government advise that they are responsible for environmental stewardship rather than navigation safety. Rivers may be considered clean for environmental management purposes but still contain navigational hazards. Transport Canada's *Navigable Waters Protection Act (NWPA)* both restricts placement of structures in navigable waters and provides powers to remove obstructions to navigation.

The Minister of Natural Resources advises that his Department manages 2.1 million hectares of tidally influenced submerged Crown lands in the Province, including the area of the Tabusintac River. The Department does not have any jurisdiction over the protection of navigation and the mandate of the federal NWPA is to safeguard the navigability of waters for the public and ensure unobstructed passage of vessels. Therefore, recommendation # 2, and the other recommendations of the coroner, should be directed to Transport Canada for review.

The Minister of Agriculture, Fisheries and Aquaculture advised that fisheries management is a matter of federal jurisdiction and the Department has no jurisdiction over clearing debris in rivers.

Transport Canada advises that the *Navigable Waters Protection Act (NWPA)* provides a legislative mechanism for the protection of the public right of marine navigation on all navigable waterways in Canada. However, this is accomplished through the authorization of works to be built or placed in, over, through, or across navigable waterways and through

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux a déclaré qu'il était responsable de la protection de l'environnement plutôt que de la sécurité nautique. On peut en effet considérer une rivière propre à des fins environnementales même si elle contient des débris posant un risque pour la navigation. La *Loi sur la protection des eaux navigables* (*LPEN*) de Transports Canada restreint l'installation de structures dans les eaux navigables et prévoit les pouvoirs nécessaires pour l'élimination des risques à la navigation.

Le ministre des Ressources naturelles a indiqué que son ministère gère 2,1 millions d'hectares de terres de la Couronne submergées et sensibles aux marées dans la province, y compris la zone de la rivière Tabusintac. Le ministère ne possède aucun pouvoir quant à la protection de la sécurité nautique. C'est dans le cadre de la *Loi sur la protection des eaux navigables* du Canada qu'on prévoit la sauvegarde les voies navigables pour l'usage du public et l'élimination des entraves à la circulation des embarcations. En conséquence, la deuxième recommandation ainsi que les autres recommandations du coroner doivent être transmises à Transports Canada.

Le ministre de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture a indiqué que la gestion des pêches était placée sous la gouverne fédérale et que le ministère n'avait aucun pouvoir en ce qui a trait à l'élimination des débris présents dans les rivières.

Transports Canada a répondu que la *Loi sur la protection des eaux navigables* (*LPEN*) fournit un mécanisme législatif visant la protection du droit du public de naviguer sur l'ensemble des cours d'eau navigables du Canada. Cette loi prévoit toutefois la possibilité de construire des structures dans les eaux

Other Cases of Interest continued

a legal framework to deal with obstructions to navigation. Clean up of debris would most likely be the responsibility of the Government of New Brunswick or the municipality in which the river is located.

To ensure action by the appropriate authorities, the Chief Coroner will continue to correspond on this issue with each Department so as to clarify jurisdiction in this matter.

Response to Recommendation #3

Modifications done on the boat were significant and may have led to a dangerous situation. Public education and regulation on the nature and extent of modifications to boats is required.

Transport Canada advise that their Office of Boating Safety has a compliance plates program in place intended to ensure that small vessels comply with the Construction Standards for Small Vessels requirements under the Canada Shipping Act Small Vessel Regulations. This program is outlined in the Safe Boating Guide at http://www.tc.gc.ca/BoatingSafety/compliance.htm.

Case 12

This 8 year old boy had been followed closely by his family physician and pediatrician for several years for numerous medical problems. He had been seen in consult by a pediatric neurologist, audiologist, psychiatrist and at his last visit with the pediatrician, he was scheduled for repeat blood

Autres cas dignes d'intéret (suite)

navigables ainsi qu'au-dessus ou en travers de ces dernières, tout en fournissant un cadre législatif permettant l'élimination de tout obstacle à la navigation. L'enlèvement des débris sera vraisemblablement la responsabilité du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou de la municipalité où se trouve la rivière.

Afin de s'assurer que les autorités appropriées prendront les mesures nécessaires, le coroner en chef continuera de correspondre avec les différents ministères afin de clarifier toutes les questions de juridiction.

Réponse à la recommandation n° 3

L'embarcation avait subi d'importantes modifications qui ont pu poser un danger. Il faut sensibiliser le public aux règlements régissant la nature des modifications pouvant être apportées aux bateaux.

Transports Canada a indiqué que son Bureau de la sécurité nautique possédait un programme de plaques de conformité qui visait à s'assurer que les petites embarcations satisfont aux normes de construction des petits bateaux dans le cadre du *Règlement sur les petits bâtiments* de la *Loi sur la marine marchande du Canada*. On trouve les détails de ce programme dans le Guide de sécurité nautique disponible sur le site Web suivant : http://www.tc.gc.ca/securitenautique/conformite.htm

Cas n° 12

Il s'agit du cas d'un jeune garçon âgé de huit ans dont l'état de santé avait été étroitement surveillé par son médecin de famille ainsi que son pédiatre puisqu'il souffrait de nombreux problèmes de santé. Il avait été vu en consultation par un neurologue pédiatrique, un audiologiste et un psychiatre. Lors

Other Cases of Interest continued

work and another visit within two weeks. On the evening of his last visit, he collapsed at home and was transported by ambulance from his community to the Dr. Everett Chalmers Hospital. Initial community concerns and media coverage centered around the fact that the emergency department in the local hospital was closed at the time, necessitating a 45 minute transport by ambulance. The Coroner found that during transport he experienced full cardiac arrest and he was intubated, given resuscitation drugs, defibrillated and given ongoing CPR by a full medical team en route. He arrived at Emergency with vital signs absent and further resuscitation was unsuccessful. Autopsy results indicated the cause of death to be consistent with leukemia.

Further review of the case focussed on the fact that the leukemia had been undiagnosed, despite extensive medical intervention and the Coroner requested that the Pediatric Death Review Committee (Ontario) review the case. The results of the review confirm that the response time, and subsequent transfer time, to hospital in Fredericton did not contribute to this child's death. The underlying medical conditions contributed to masking the terminal condition that led to his death and made definitive diagnosis more difficult. The Committee recommended that all abnormal blood tests results should be reviewed by a pathologist to ensure timely follow up, if this process does not already exist and that post mortem examinations carried out in children should follow a standardized process at a centralized provincial centre.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

de sa dernière visite chez le pédiatre, ce dernier avait commandé de nouvelles analyses sanguines et indiqué qu'il désirait revoir le garçon dans un délai de deux semaines. Le soir de sa dernière visite chez le médecin, le jeune garçon s'est effondré chez lui. Il a été transporté par ambulance jusqu'à l'Hôpital Dr Everett Chalmers. La communauté et les médias se sont au départ inquiétés du fait que l'urgence de l'hôpital local était fermée et que l'enfant avait donc dû subir un transport en ambulance d'une durée de 45 minutes. Le coroner a appris que l'enfant avait subi un arrêt cardiaque complet au cours de son transfert. L'équipe de soins à bord de l'ambulance l'avait alors intubé, lui avait administré des médicaments pour le réanimer et avait effectué des manœuvres de défibrillation et de réanimation cardio-respiratoire. À l'arrivée du garçon à l'urgence, on a constaté l'absence de signes vitaux et tous les efforts subséquents de réanimation ont été vains. Les résultats de l'autopsie indiquaient que le décès avait été causé par une leucémie.

L'examen plus approfondi du cas a surtout porté sur le fait que la leucémie n'avait pas été diagnostiquée en dépit d'un suivi médical intensif. Le coroner a donc demandé au comité ontarien sur le décès d'enfants d'examiner ce dossier. Les résultats de l'examen confirment que le temps nécessaire au transfert jusqu'à l'hôpital de Fredericton n'a pas contribué au décès. Les graves problèmes médicaux dont souffrait l'enfant ont contribué à cacher la grave maladie qui a entraîné son décès et ont rendu son diagnostic plus difficile. Le comité a recommandé qu'un pathologiste examine tous les résultats d'analyse sanguine anormaux afin d'assurer un suivi optimal, si un tel mécanisme n'est pas déjà place. Il a aussi recommandé que les autopsies d'enfants se fassent selon une procédure normalisée et qu'elles soient regroupées dans un seul centre de la province.

Other Cases of Interest continued

These recommendations will be forwarded to the Department of Health & Wellness and the Department of Public Safety for review.

Case # 13

The death of a 58 year old male from the Moncton area on April 21, 2003 was investigated. The death was classified as an accidental drug overdose from a combination of opiates and benzodiazepines. This individual was followed by a family physician for serious medical conditions but the investigation revealed a pattern of non-compliance with medical directives.

The case was forwarded to the College of Physicians and Surgeons and the Registrar of the NB Pharmaceutical Society. Specifically, these agencies were asked to advise general practitioners that best practices in medication administration seem to recommend careful consideration of the use of these classes of drugs in combination.

The recommendations have been acknowledged and the case remains under review by the College of Physicians and Surgeons.

Case #14

This 37 year old female died from a combined overdose of alcohol and gamma hydroxybutyric acid (GHB) after attending a private party. The coroner recommended the use of educational programs to highlight the dangers of GHB, particularly in combination with alcohol. The recommendations were sent to the Minister of

Autres cas dignes d'intéret (suite)

Ces recommandations seront transmises au ministère de la Santé et du Mieux-être ainsi qu'au ministère de la Sécurité publique.

Cas n° 13

Le décès d'un homme de 58 ans de la région de Moncton le 21 avril 2003 a fait l'objet d'une enquête. On a conclu à une surdose accidentelle de médicaments en raison d'un mélange d'opiacés et de benzodiazépines. Cet homme était suivi par un médecin de famille pour des problèmes de santé graves, mais l'enquête a révélé qu'il ne respectait pas toujours les directives médicales. Les témoignages d'experts en toxicomanie et en gestion de la douleur lors des deux enquêtes du coroner démontrent que le mélange d'opiacés et de benzodiazépines n'est pas souhaitable.

Le cas a été soumis au Collège des médecins et chirurgiens et au registraire de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. De façon précise, ces organismes ont été invités à aviser les omnipraticiens que les meilleures pratiques en matière d'administration des médicaments semblent recommander un examen attentif de l'utilisation de ces catégories de drogues en association.

Les recommandations ont été suivies et le Collège des médecins et chirurgiens poursuit son examen.

Cas n° 14

Cette femme de 37 ans est décédée d'une surdose d'alcool et d'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) après avoir assisté à une réception intime. Le coroner a recommandé la prestation de programmes éducatifs afin de faire ressortir les risques que présente le GHB, notamment en association avec l'alcool. Les recommandations

Other Cases of Interest continued

Health & Wellness, the Minister of Training and Employment and to the Minister of Public Safety.

The Minister of Health & Wellness responded that the recommendation would be shared with the Regional Health Authorities (RHAs), who would provide feedback. At this time, no responses have been received from the RHAs.

The Minister of Public Safety notes that there are no statistics available to suggest that GHB is in common use by drug users in the province. Nevertheless, staff in the Policing Services Branch will discuss the benefits of an education strategy with the RCMP and NB Chiefs of Police Association.

The recommendations were forwarded to the Minister of Training and Employment Development in August 2004 and as of the date of publication we are awaiting a response.

Other Cases

Cases where death is attributed to an overdose of drugs, including prescription drugs, are carefully reviewed. Evidence at two coroner's inquests from experts in addictions and pain management demonstrate that combining opiates and benzodiazepines is not advisable. Therefore, summaries are forwarded for review by the College of Physicians and Surgeons to continue to highlight these issues.

Autres cas dignes d'intéret (suite)

ont été soumises au ministre de la Santé et du Mieux-être, au ministre de la Formation et du Développement de l'emploi et au ministre de la Sécurité publique.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a répondu que les recommandations seraient envoyées aux régies régionales de la santé, qui formuleront ensuite leurs observations. Pour le moment, aucune réponse n'a été reçue des régies régionales de la santé.

Le ministre de la Sécurité publique indique qu'on ne dispose d'aucune statistique suggérant que le GHB soit d'usage courant chez les toxicomanes de la province. Cependant, le personnel de la Direction des services de police discutera avec la GRC et la l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick des bienfaits possibles associés à une stratégie d'éducation.

Les recommandations ont été transmises au ministre de la Formation et du Développement de l'emploi en août 2004 et nous attendons toujours sa réponse au moment de la publication du rapport.

Autres dossiers

Les cas où le décès est attribuable à une surdose de médicaments, y compris de médicaments sur ordonnance, font l'objet d'un examen approfondi. Les données fournies par des experts en matière de toxicomanie et de prise en charge de la douleur dans le cadre de deux enquêtes du coroner démontrent qu'il est déconseillé de combiner des opiacés avec des benzodiazépines. Des résumés de ces enquêtes ont été transmis au Collège des médecins et des chirurgiens afin d'attirer l'attention sur ces questions.